

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

DANIELE STANGE CALENTE

**A EXPERIÊNCIA DO GRUPO CONDUTOR NA
IMPLANTAÇÃO DO NASF EM VITÓRIA - ES**

VITÓRIA
2017

DANIELE STANGE CALENTE

A EXPERIÊNCIA DO GRUPO CONDUTOR NA IMPLANTAÇÃO DO NASF EM VITÓRIA – ES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional na área de Subjetividade e Clínica.

Orientador: Professor Dr. Fabio Hebert

Coorientadora: Professora Dra. Luciana Vieira Caliman

VITÓRIA

2017

Daniele Stange Calente

A EXPERIÊNCIA DO GRUPO CONDUTOR NA IMPLANTAÇÃO DO NASF EM VITÓRIA – ES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Vitória, XXX de XXXXX de 2017.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Fabio Hebert

Universidade Federal do Espírito Santo (Orientador)

Profa. Dra. Luciana Vieira Caliman

Universidade Federal do Espírito Santo (Coorientadora)

Prof. Dr. Rafael da Silveira Gomes

Universidade Federal do Espírito Santo (Examinador Interno)

Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira

Universidade de Brasília (Examinador Externo)

AGRADECIMENTOS

A escrita de uma dissertação exige de nós longos momentos solitários, que nem sempre são facilmente compreendidos pelos que nos amam e nos querem mais presentes. A gente sente como se tivesse perdendo uma parte da vida ao lado dessas pessoas, e se ressentir por não poder estar tanto com elas como nós e elas gostariam.

Neste sentido, à minha família, meu maior tesouro, eu agradeço por todo amor, que fez de vocês capazes de me incentivar e a mim, de continuar; que nos fez capazes de compreender tanto as minhas ausências como as tantas solicitações pela presença, que me faziam apertar o peito ao ter que dizer “hoje não posso”. Mesmo que um jargão muito usado na família seja “primeiro a obrigação, depois a diversão”, esse amor fez com fosse possível manejar da melhor forma possível o jogo de forças entre uma coisa e outra.

Essa escrita, paradoxalmente, reuniu e me fez estar em contato muitas pessoas queridas - que às vezes saíram dos livros, às vezes se presentificaram nos encontros de orientação, nos grupos de estudo, num abraço apertado, numa palavra de incentivo, na torcida pela célere conclusão.

Assim, quero agradecer a Lu Caliman, que me acolheu como orientadora neste mestrado de maneira reciprocamente “*interesseira e interessada*”. Ficam, além da gratidão, muito carinho e uma enorme admiração.

Gratidão também a Fabio Hebert por aceitar chegar neste percurso pelo meio, tomar esta orientação e me apoiar nos passos que conduziram à conclusão deste trabalho.

E aos membros da banca, Gustavo Nunes de Oliveira e Rafael da Silveira Gomes, por aceitarem o convite e participarem de um dos momentos mais esperados deste processo: a defesa!

Agradeço a Andréa Romanholi, Nicéia Malheiros, Sandra Bissoli e Alexandra Iglesias, com quem muito aprendi compartilhando a experiência de compor o Grupo Condutor do Nasf em Vitória. Vocês não me deixaram esmorecer e sempre estiveram dispostas a contribuir com uma leitura atenciosa, um ombro amigo, um café e uma conversa revigorante. Obrigada por toda amizade e por tamanha generosidade.

Agradeço também a Ana Beatriz Traba, que defendeu o quanto pôde a minha liberação do trabalho para as aulas do mestrado. (Não deu, mas valeu!). E à Alana

Scanferla Taufner e Lydiane Amorim Moura Capaz pela parceria e apoio no trabalho. À vocês três, gratidão pelos laços de amizade extra laborais construídos. Vocês são o melhor trio para este quarteto!

A todxs colegas de trabalho da SEMUS, em especial aos colegas da Atenção Básica envolvidos no processo de implantação do Nasf: obrigada.

Aos colegas do grupo de orientação da Lu: Drica, Joyce, Felipe, Getúlio, Bárbara e Luana, que me fizeram sentir menos estrangeira neste programa de mestrado. Compartilhar aquelas tardes com vocês foi fundamental para que eu fosse me constituindo mestranda na Psicologia Institucional.

Também quero agradecer ao professor Ueberson e às colegas do grupo de estudo Elis, Jaddh e Renata, com quem compartilhei minhas primeiras leituras sobre Ergologia. Quero poder voltar em breve para este grupo e dar continuidade aos estudos sobre o trabalho e a atividade humana.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI-UFES), agradeço por abrir-se para que esta composição de pesquisa fosse possível. Soninha, um beijo mais que especial para você.

*Para todos os Dons Quixotes do país,
que acreditam, trabalham e lutam pelo SUS.*

*Sonhar o sonho impossível,
Sofrer a angústia implacável,
Pisar onde os bravos não ousam,
Reparar o mal irreparável,
Amar um amor casto à distância,
Enfrentar o inimigo invencível,
Tentar quando as forças se esvaem,
Alcançar a estrela inatingível:
Essa é a minha busca.*

Dom Quixote

RESUMO

Esta dissertação se interessa em narrar uma trajetória que acompanha o processo de trabalho do grupo condutor de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em Vitória – ES. O grupo condutor foi constituído por profissionais do nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) com o objetivo de “transformar” as práticas dos profissionais de apoio da atenção básica (psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, profissionais de educação física na saúde e farmacêuticos) em equipes Nasf e tomou essa tarefa ao pé da letra. Considerando essa transformação das práticas como algo maior que o credenciamento desses profissionais junto às instâncias gestoras federais, o grupo condutor do Nasf organizou uma série de atividades e ações com vistas a apoiar a consolidação dessas equipes e de suas práticas de acordo com a lógica do apoio matricial. Busca-se analisar as questões que essa experiência produz no próprio grupo condutor, no nível central da SEMUS, nos profissionais da atenção básica que formam as equipes e na pesquisadora. Para essa análise, utilizamos o diário de campo da pesquisadora e outros registros como atas e memórias de reuniões produzidos coletivamente pelo grupo condutor. Tendo como referencial metodológico a Pesquisa-Intervenção e o método cartográfico, procura-se cultivar pistas para a problematização das práticas clínicas, de gestão e de formação em saúde, possibilitando a emergência de novas práticas, que se desenvolvam de maneira coletiva e constituam outros modos de existência.

Palavras-chave: Nasf; apoio; apoio matricial; gestão; processos de trabalho em saúde; atividade.

ABSTRACT

This dissertation is interested in narrating a trajectory that follows the work process of the group responsible for implanting the Support Centers for Family Health (NASF) in Vitória - ES. This conducting group was formed of professionals from the central level of the Municipal Health Department (SEMUS) with the purpose of transforming practices of the professionals from the support of the primary health care (psychologists, social workers, speech therapists, professionals of physical education in the health and pharmacists) in NASF teams and they “embraced” that commitment. Considering this transformation as something greater than the accreditation of these professionals to the federal management bodies, the NASF conducting group organized a series of activities and actions in order to support the consolidation of these teams and their practices according to the matrix support logic. It seeks to analyze the issues that this experience produces in the group itself, at the central level of SEMUS, in the primary health care professionals that form the teams and also in the researcher. For this analysis, we used the researcher's field diary and other records such as minutes and memoirs of meetings produced collectively by the conducting group. Taking as a methodological reference the Research-Intervention and the cartographic method, it seeks to develop clues for the problematization of the clinical practices, management and certification in healthcare, enabling the emergence of new practices, that are developed in a collective way and constitute other means of existence.

Keywords: NASF; support; matrix support; management; health work processes; task.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAB – Coordenação de Atenção Básica
CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
eCnR – equipe de Consultório na Rua
ESF – Estratégia de Saúde da Família
eSF – equipe de Saúde da Família
ETSUS – Escola Técnica e de Formação Profissional do SUS
GAS – Gerência de Atenção à Saúde
GT – Grupo de Trabalho
Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC – Proposta de Emenda Constitucional
PSF – Programa Saúde da Família
SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde de Vitória
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
US – Unidade de Saúde

COMPOSIÇÕES

Apresentação /12

A realidade não tem sinônimos /14

Quem conta um ponto aumenta um ponto /24

Ponto 01 – Modulações de uma demanda /27

Ponto 02 – Sobre especializar o especialista /34

Amarração conceitual – Modelos de Atenção à Saúde e o Nasf /37

Alguns passos para fora, um lugar para dentro e de como (se) transformar no encontro com outro /52

Ponto 03 – Nos encontros pelo encontro /50

Ponto 04 – De ponta a ponta de pauta: os profissionais de apoio da atenção básica no centro das atenções /56

Ponto 05 – Quando somos chamados, vamos junto com /65

Ponto 06 – Dos encontros, os nossos encontros /70

Amarração conceitual – Processos de trabalho em saúde, análise da atividade e a função apoio /75

Ser cavaleiro andante capaz de reconhecer que as batalhas são outras /94

Ponto 07 – Os desafios são outros /94

Ponto 08 – “O desafio, ao se deparar com situações paralisantes de qualquer ordem, é poder lidar com elas¹” /99

Amarração conceitual – Processos de subjetivação e de formação /102

Porque cada fim é também um novo começo /107

Referências Bibliográficas /114

Anexos /120

¹ CAMPOS et. al., 2013, p. 191.

Apresentação

Este trabalho foi escrito por mãos que nem sabem que o fizeram. Gente que esteve junto nesse processo e que contribuiu para que essa experiência fosse real, singular e vívida a ponto de despertar o desejo de escrever sobre ela. Entre momentos de grande dedicação, muita leitura e intensa escrita e dias em que não foi possível avançar sequer uma linha, um trabalho intenso acontecia pelos serviços da atenção básica de Vitória – ES e no cotidiano do meu trabalho, com tantos elementos que poderia encher mais e mais páginas. Mas muitas vezes a energia não veio para o texto. Precisou ir para a rua defender a democracia, os direitos sociais, o SUS.

Apesar de não se tratar de um estudo sobre lutas contra hegemônicas, este trabalho é entremeado por uma força que intenta romper paradigmas, em busca de modos de vida, de trabalho, de gestão e de formação mais solidários.

Este trabalho é militante, reflexo do encontro com profissionais que acreditam, que defendem e que buscam construir cotidianamente um Sistema Único de Saúde universal, equânime e integral. Portanto, é um trabalho que não fecha, mas convida a estar junto nessa construção, apontando o encontro e o estabelecimento de parcerias como uma possibilidade de tornar essa jornada mais leve, espirituosa, fértil.

Buscar o SUS que queremos não é utopia. Buscar o SUS que queremos é fazê-lo no cotidiano, em cada uma de nossas atividades, de nossas ações, apesar de todos os moinhos de vento e barris de vinhos que precisemos enfrentar.

É o que se quer para além destas páginas quando o tempo de mestrado acabar: recobrar as forças para continuar essa construção juntos àqueles companheiros de luta, pois é o momento de defender direitos a duras penas conquistados.

No percurso deste texto, pontos e amarrações se alinhavam constituindo uma tessitura da experiência de implantação do Nasf em Vitória – ES. Cada ponto - pois quem conta um conto aumenta um ponto - é a contação de um fragmento de história a partir do ponto de vista da pesquisadora. Em cada amarração, a tentativa de produzir nós entre a experiência narrada nos diversos pontos e conceitos a elas relacionados.

Nessa tessitura, na primeira composição apresento ao leitor traços da minha trajetória da graduação até a inserção no mestrado, buscando dar contorno ao método utilizado nesta pesquisa.

Na segunda composição, conto como se deram alguns dos passos do processo de implantação do Nasf em Vitória – ES, relacionando com aspectos sobre os

processos de trabalho em saúde, a análise da atividade e a constituição do grupo condutor como apoio.

É na terceira composição que relato como se deu – e se dá - o processo de formação dos Nasf, apresentando o encontro entre profissionais e equipes como estratégia fundamental na constituição de novos processos de subjetivação e consolidação de novas práticas.

A última composição exigiu um salto temporal para que pudesse compor este trabalho e trata-se de um tipo de conclusão que, na realidade, vale para nos lembrar que a realidade está em feitura, e que a qualquer tempo tudo pode mudar.

Cada ponto, amarração ou composição ganha um pequeno texto introdutório, a exemplo do que Cervantes fez ao escrever as aventuras de Dom Quixote, a quem Foucault (2000), em "As palavras e as coisas", define como o louco senhor da razão, mas não por sua loucura, e sim por seu protesto.

Que sirva este texto também como um protesto contra aqueles que ameaçam o SUS, os nossos direitos trabalhistas e previdenciários, a nossa soberania e a democracia.

Fora Temer!

A realidade não tem sinônimos

*Onde se apresenta a terapeuta ocupacional
que resolveu pesquisar o
processo mesmo em que estava a trabalhar.*

Desde muito cedo na graduação em Terapia Ocupacional fui fisgada pelas discussões relacionadas aos modos de cuidar e de fazer saúde que aconteciam especialmente nas disciplinas relacionadas ao campo da saúde coletiva e da saúde mental. Foi inevitável que esse fosse, dentre outros, o motivo que me fez escolher a saúde mental como campo privilegiado para o meu trabalho, minha atuação. Após me formar, por três anos trabalhei no CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas) de Ribeirão das Neves – MG e por mais três anos no CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil) de Vitória - ES. Essas experiências me fizeram perceber que diante de casos reais, a frase tão ouvida na graduação – “*Não há receita de bolo. Cada caso é um caso*” – precisava, de fato, ser tomada como uma diretriz no meu trabalho, conduzindo o cuidado numa rede “fora-fluxo” junto com os usuários, pois o cuidado singular, de fato, parece não caber em protocolos rígidos e pré-concebidos.

Desse modo, criar estratégias de cuidado para cada usuário significou, tantas vezes, desconstruir limites (os meus, os dos serviços, ou aqueles colocados pelos fluxos dos serviços) e recolocá-los de outra maneira. Isso me levou a considerar a inventividade ferramenta fundamental para dar conta da complexidade na atividade de cuidar.

Assim, fui descobrindo que estar atenta apenas ao problema que se apresenta (a doença, o sintoma) e querer resolvê-lo por si mesmo, é negar os demais fatores de vida do sujeito que ali se apresenta; que é a partir dos casos em sua complexidade que se criam conexões; que é a partir dos casos que os fluxos devem ser desenhados, constituindo-se, então, como trilhas singulares pela rede; e me dei conta de que os protocolos servem para dizer como tratar de doenças, mas são pouco úteis para apontar como cuidar da saúde das pessoas ou para descrever como equipes e serviços devem funcionar, especialmente em relação uns aos outros.

Através do fazer, portanto, fui aprendendo - mesmo que muitas vezes sequer me desse conta - que a clínica e a gestão caminham juntas e que o modo que optamos por trabalhar diante dos casos reais performam uma posição sociopolítica. Eu, ali, era profissional da ponta² que desenhava pela rede de atenção à saúde, para cada usuário, itinerários terapêuticos mais ou menos potentes, um cuidado mais ou menos compartilhado entre os pontos de atenção, muito relacionado, também, à relação que estabelecia com profissionais de outros serviços. Desse modo, era uma constante no trabalho ter que lidar com um certo grau de desconforto intelectual³ diante da necessidade de pensar cada situação como singular e a partir delas, e com elas, inventar modos de cuidar. Como afirmam Schwartz e Durrive (2007):

Cada ser humano – e principalmente cada ser humano no trabalho – tenta mais ou menos (e sua tentativa nem sempre é bem-sucedida) recompor, em parte, o meio em função do que ele é, do que ele desejaria que fosse o universo que o circunda. Ora, mais ou menos! Esta recomposição pode ser mínima ou mais significativa – e isso é algo muito positivo! (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 31).

Posso dizer, assim, que nesse percurso e com essas experiências, do trabalho e da militância na luta antimanicomial, busco sustentar uma prática na direção da construção de um SUS mais democrático, acolhedor e integral.

Nesse percurso, em 2013 passei a integrar a área técnica de saúde mental na Gerência de Atenção à Saúde⁴ da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Vitória – ES, e pude levar um pouco dessas discussões também para aquele espaço. Afinal, é nessa Gerência que a maioria dos fluxos e protocolos do município de Vitória são construídos, uns com maior outros com menor participação dos trabalhadores dos serviços e dos usuários.

Trabalhando nesta Gerência, onde, àquela época, éramos todas e todos convidados a compor o grupo de apoiadores institucionais da SEMUS, senti-me,

² Como comumente são considerados, neste texto trataremos como “nível central” a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), com suas gerências, áreas técnicas e programas, enquanto chamaremos de “ponta” os equipamentos e profissionais que estão diretamente relacionados com a atenção em saúde ao usuário.

³ Segundo SCHWARTZ (2007, p. 30), o desconforto intelectual é a aprendizagem permanente de normas e valores que renovam indefinidamente a atividade (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

⁴ O anexo 01 apresenta o Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória – ES, no qual destaco esta Gerência, cuja principal atribuição é planejar, coordenar e acompanhar os serviços municipais de saúde na execução da atenção em saúde, buscando garantir os princípios do SUS e das políticas públicas de saúde. Com essa intencionalidade, também é papel desta Gerência, bem como dos serviços da rede, a articulação com outras secretarias municipais para a construção de políticas públicas intersetoriais que favoreçam a integralidade do cuidado.

então, cada vez mais convocada a ampliar meus estudos, minhas discussões e meu fazer do campo da saúde mental para o campo da atenção básica e da saúde pública. Voltei a estudar sobre a reforma sanitária brasileira e a Política Nacional de Humanização, passando a buscar textos também sobre o apoio institucional.

Ainda em 2013 começamos a discutir na Gerência de Atenção à Saúde (GAS) a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em Vitória, cujos aspectos discutirei adiante.

Vale dizer, por enquanto, que foi a experiência de trabalho na implantação do Nasf no município que me impulsionou a ingressar no mestrado ao final de 2014. Até aquela data, estávamos (eu e mais um grupo de profissionais de diferentes áreas técnicas do nível central, a que, naquele momento, chamávamos de Grupo de Trabalho do Nasf – GT do Nasf) em fase de planejamento das etapas de implantação desse arranjo no município.

As reuniões que esse grupo realizava me motivavam fortemente. Era muito bom fazer parte daquele processo, no qual eu aprendia mais e mais a cada encontro, sobre o SUS, sobre o Nasf, sobre planejamento, sobre gestão e, de certa maneira, intuía que planejar esse processo seria apenas o começo de um novo percurso profissional pois, de fato, eu também me transformava. Através das discussões que realizamos sobre o Nasf, e como representante da área técnica de saúde mental, construí, então, minha proposta inicial para o mestrado: pesquisar os efeitos da implantação desse arranjo no cuidado produzido em saúde mental na atenção básica.

O início do mestrado coincidiu, no ano seguinte, com a execução das etapas de implantação do Nasf que o GT havia planejado. Os primeiros encontros entre os profissionais do GT do Nasf e os profissionais da ponta que constituiriam as equipes Nasf a serem implantadas⁵, as discussões que realizamos no GT e as discussões que aconteceram no grupo de pesquisa do qual participei no primeiro ano do mestrado foram atraindo a minha atenção e redimensionando meu campo problemático. O próprio processo de implantação do Nasf se constituiu, naquele momento, como algo a ser acompanhado na pesquisa.

Na medida em que trilhava meu percurso como aluna do Programa Pós-Graduação em de Psicologia Institucional (PPGPSI), também percebi que teria um grande desafio pela frente, pois as discussões sobre a ciência realizadas nesse

⁵ Adiante apresento os profissionais a quem me refiro e por que me refiro a eles desse modo.

programa me desterritorializavam com seus conceitos, modos e métodos de fazer pesquisa, todos bastante diferentes daquilo que eu havia aprendido sobre o pesquisar na minha graduação em Terapia Ocupacional. Penso que se em minha racionalidade clínica meu fazer já opera buscando cultivar o cuidado através de práticas que não se atém a fluxos e protocolos, tornando-as fluídas e processuais, não é com o mesmo desembaraço que realizo esse mestrado, o qual propõe a conhecida inversão *hodos metha*.

Acredito que meu acanhamento com outras formas de pesquisar tem bastante relação com minha formação até aqui, porquanto que até a entrada neste mestrado eu não conhecia outras formas de fazer pesquisa que não fossem aquelas em que se exige a objetividade, a previsibilidade, a lógica da verificação e, acima de tudo, a neutralidade do pesquisador.

Durante minha graduação, que se deu entre os anos 2001 e 2005, a Terapia Ocupacional, cujo objeto de estudo e intervenção é o indivíduo em atividade num contexto, era percebida como uma “disciplina menor” (LIMA, 2003, p. 65) diante de outras disciplinas, e ainda buscava comprovar a eficácia de suas práticas, consolidando-se como um campo de conhecimento, através da afirmação e da produção de conhecimento principalmente pela racionalidade científica hegemônica.

Segundo Passos e Barros (2003, p. 81), a partir da tomada da racionalidade e da objetividade como via de acesso ao conhecimento, houve uma tendência que foi dominante no campo da ciência moderna que, por princípios metodológicos, fazia da explicação a busca pela simplificação. Fenômenos complexos eram explicados a partir desses princípios, o que exigia parti-los, reduzi-los a unidades menores. Compreender as pequenas partes de um todo levaria a uma compreensão do todo, o acesso à verdade, mesmo que para tanto houvesse a redução dos fenômenos em inúmeras unidades e a investigação isolada de cada uma delas. A partir do momento cartesiano a obtenção da verdade deixava, então, de relacionar-se com a espiritualidade, e por consequência, excluía a subjetividade.

Assim, cada vez mais a produção do conhecimento passou a depender de condições internas ao próprio conhecimento (condições formais, condições objetivas, regras formais do método, estrutura do objeto a conhecer) e de condições extrínsecas, como as condições morais e culturais (ou seja, ter-se inscrito em algum consenso científico, uma formação) (PASSOS, BARROS, 2003, p.81). Qualquer indivíduo poderia ter acesso à verdade a partir do conhecimento, e dado que a verdade se

relacionaria à concretude desse conhecimento, descobri-la em nada transformaria o sujeito.

Voltando às lembranças que tenho da graduação, recordo-me que discutíamos como mensurar o efeito que o uso de uma ou outra atividade como recurso terapêutico produziria em uma pessoa ou num grupo de pessoas, neste trinômio entre terapeuta-usuário-atividade. Esse impasse metodológico, colocado pelas práticas de pesquisa hegemônicas, era muitas vezes apontado como o “que” que era impossível representar e que definia a profissão antes como “arte”, depois como “ciência”⁶. Já ali, todavia, colocava-se para mim uma questão sobre alcance da prática científica hegemônica. Se podíamos notar através da experiência do fazer e das falas dos usuários que acompanhávamos, os efeitos das nossas intervenções, qual era o equívoco dos métodos científicos hegemônicos que impediria, portanto, sua apresentação?

O encontro com o PPGPSI trouxe à tona essas lembranças, esses questionamentos. Posso afirmar que num primeiro momento do mestrado, as discussões sobre o novo modo de fazer ciência a que fui apresentada (re) colocaram em questão, além do alcance, também as concepções sobre o saber científico hegemônico e a ciência e, conseqüentemente, sobre seus sentidos e sua legitimidade. Parecia-me, cada vez mais que, enfim, eu conseguia compreender que “*a realidade não tem sinônimos*” (LISPECTOR, 1998. p. 73) e que a verdade não se pode desvendar, pois ela é relativa.

“No entanto, a ciência se transforma, já que é dela essa vontade de superação que lhe garante uma história e mesmo um progresso. [...] O fato é que a simplicidade não é mais o ponto de convergência da ciência contemporânea [...] e dessa maneira, aquela atitude depurativa e aquele princípio do isolamento – isolamento do fenômeno em relação à complicação do mundo e isolamento da ciência quanto às outras formas de saber – cedem lugar a uma nova forma de experimentação que abre a ciência para o contato com a complexidade em sua dimensão irredutível.” (PASSOS; BARROS, 2003, p.81).

⁶ Finger (1986) define a Terapia Ocupacional como “A arte e a ciência de orientar a participação de indivíduos em atividades selecionadas para restaurar, fortalecer e desenvolver a capacidade, facilitar a aprendizagem daquelas habilidades e funções essenciais para a adaptação e produtividade: diminuir ou corrigir patologias e ver e manter a saúde”. O final do século XX trouxe, contudo, outras reflexões para o campo da Terapia Ocupacional, que apesar de ter surgido para a docilização dos corpos, a manutenção ou recuperação da capacidade produtiva e no exercício para o trabalho, em duas situações concomitantes (o tratamento dos loucos dentro dos hospitais psiquiátricos e a restauração da capacidade funcional dos incapacitados pela guerra durante a 1ª. e a 2ª. Guerras Mundiais), tem, no contemporâneo, “*invertido a lógica disciplinar e produzido caminhos que apontam para a direção oposta, afirmando o direito à diferença e encontrando positividade em formas de vida, as mais singulares e em situações, as mais adversas*” (LIMA, 2003, p. 65), assumindo um compromisso ético-político com a população alvo de suas ações.

Com a transformação da ciência (PASSOS; BARROS, 2003) a neutralidade do pesquisador, a objetividade e a racionalidade como princípios na produção do conhecimento, a atitude demonstrativa da realidade e a separação entre sujeito e objeto passaram a ser bastante questionados, especialmente no campo das ciências humanas, e foram colocadas como problema.

Assim, uma vez que o paradigma positivista da ciência não atendeu às questões relacionadas às ciências humanas, um novo modo de pensar a ciência, que considera a subjetividade e os aspectos históricos e sociais começou a se desenhar, através de diferentes maneiras de tentar reverter a exigência de objetividade e neutralidade, bem como o primado da racionalidade.

Numa das tentativas de combater o reducionismo, concebeu-se a ideia de que a realidade poderia ser construída a partir do olhar de diferentes especialistas, cada um com seu ponto de vista (MOL, 2007). Todavia, apesar do perspectivismo ter se afastado da “versão monopolista da verdade”, ele não a multiplicou. Apenas “multiplicou os olhos de quem a vê” (MOL, 2007):

“Pois é disso que se trata: perspectivas que se excluem mutuamente, discretas, coexistindo lado a lado, num espaço transparente. E no centro, o objecto de muitos olhares e contemplações permanece singular, intangível, intocado” (MOL, 2007).

Em sua concepção de uma Política Ontológica, Mol nos aponta uma realidade sempre múltipla, uma realidade sem sinônimos, localizada histórica, cultural e materialmente (MOL, 2007). O termo política “pontua um caráter sempre ativo e indeterminado no processo de modelação das ontologias” (NOBRE; PEDRO; 2013, p. 49). O termo ontologia, que “define o que pertence ao real, as condições de possibilidade com que vivemos”, combinado com o termo política, sugere-nos que as condições de possibilidade não são dadas de início e que a realidade não antecede as práticas banais com as quais interagimos, antes sendo modelada por essas práticas (MOL, 2007).

Dando o passo do perspectivismo e do pluralismo à multiplicidade, portanto, passamos a reconhecer que a realidade está em feitura. Conforme afirma Rocha (2003, p. 65), “não encontramos uma realidade fora das condições concretas dos

sujeitos, os discursos não são falsos ou verdadeiros, não representam a realidade, mas constituem-na”.

O problema das ciências humanas, assim, não está mais em reduzir a complexidade da realidade para descrevê-la, manejando a influência do pesquisador na investigação dos fenômenos. A questão passa a ser inventar novas metodologias de pesquisar com, fazer com. Nesse sentido, “*não há um lugar isento, neutro, de onde se possa falar a verdade*” (ROCHA, 2003, p. 69), mas um plano de compartilhamento no qual a intervenção se dá, intervenção que justamente “nos coloca diante do fato de que nossas práticas não são neutras, elas são vetores que produzem realidades” (MORAES, 2010, p. 35).

Com o reconhecimento de que a verdade é relativa e de que a realidade é processual inauguram-se novas formas de fazer ciência, a exemplo da cartografia, as quais apontam para um *hódos-metá*, ou seja, uma “reversão que consiste numa aposta na experimentação do pensamento – um método não para ser aplicado, mas para ser experimentado e assumido como atitude” (PASSOS; BARROS, 2014, p. 10).

É com este paradigma emergente, então, que me deparo. Elementos como a imprevisibilidade e a espontaneidade tomam o lugar dos números e dos gráficos, ou da contagem de palavras, e exigem de mim a construção de um novo modo de produção do conhecimento que se revele como possibilidade de rompimento com um método de investigação mecanicista, uma análise fria e objetiva e uma escrita cheia de partículas apassivadoras que marcam o lugar de neutralidade do pesquisador.

A partir dessa perspectiva, não se interroga mais como dar conta de analisar de fora os fenômenos estudados: assume-se que eles estão em feitura e que conhecer a realidade é acompanhar a sua constituição tornando-se dela também parte. Não se preocupa mais com a necessidade de reduzir a influência do pesquisador na produção dos dados. As fronteiras entre pesquisador e objeto se rearranjam ininterruptamente. Assume-se que teoria e prática caminham lado a lado. Reconhece-se a “inseparabilidade entre conhecer e fazer, entre pesquisar e intervir: toda pesquisa é intervenção” (PASSOS; BARROS, 2014, p. 17).

Neste caminho, busco construir um modo singular de criar um processo de investigação sobre a implantação do Nasf em Vitória, que trate tanto “daquilo que é pesquisado quanto do processo mesmo de pesquisar” (BARROS; PASSOS, 2009, p. 172), propondo a análise a partir de *pontos* que, essencialmente, fazem emergir uma

zona de indiscernibilidade entre a prática profissional e a prática de pesquisa, entre o sujeito de enunciação (pesquisadora) e o sujeito do enunciado.

Além desses *pontos*, que surgem das experiências rememoradas, resgato “memórias”⁷ de reuniões e encontros realizados e trechos do diário de campo iniciado a partir da entrada no mestrado e da proposição deste estudo. Ambos elementos são tomados não apenas como dispositivos capazes de demonstrar que não há neutralidade na pesquisa, mas também como meio de criar condições, através do registro do percurso da própria pesquisadora, para a produção de análise de implicação com a temática escolhida, a problematização de conceitos, a efetuação de agenciamentos e a exposição da multiplicidade de forças que compõe esse processo. Segundo Barros (1994), a análise de implicação:

“... remete a um processo de desnaturalização permanente das instituições, incluindo a própria instituição da análise e da pesquisa (...) Ela inclui uma análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa, que busca ocupar e do que lhe é designado ocupar com os riscos que isto implica.” (Barros, 1994, p. 308-309).

É importante ressaltar que, tomando por base essas proposições, a escrita deste texto busca ultrapassar a transcrição dos resultados e a validação das hipóteses características dos textos científicos, almejando dar abertura a uma multiplicidade de vozes e olhares que constituíram os diferentes encontros que se deram na trajetória dessa pesquisa. Não há o que se confirmar, nem um objetivo pré-estabelecido a se atingir. Há um caminho que é construído à medida que a pesquisa e a escrita acontecem. Um método em que pesquisadora e objeto tornam-se indissociados e no qual, à sombra da sobreimplicação, busca-se realizar a análise de implicação, fazendo-se necessário questionar, constantemente, sobre os jogos de força e de lugares que vão se tecendo.

A cartografia que emerge dessa tessitura instaura nesta pesquisadora-trabalhadora, assim, um novo modo de produzir conhecimento, na qual a escrita dos *pontos* e os fragmentos do diário de campo presumem o descerramento das marcas deixadas pela experiência vivenciada pela pesquisadora-trabalhadora. As marcas, segundo Rolnik (1993, p. 242) são:

⁷ Relatos das reuniões e encontros dos quais participamos, produzidos coletivamente pelos profissionais do nível central envolvidos com a implantação do Nasf, chamados de grupo condutor. Mais adiante apresento mais detalhes sobre a composição e a finalidade desse grupo.

“os estados inéditos que se produzem em nosso corpo, a partir das composições que vamos vivendo. Cada um destes estados constitui uma diferença que instaura uma abertura para a criação de um novo corpo, o que significa que as marcas são sempre a gênese de um devir” (ROLNIK, 1993, p. 242).

Valho-me, então, desses pontos e fragmentos como elementos de produção da análise do processo de implantação dos Nasf em Vitória, buscando, a partir dos problemas por elas trazidos à cena, analisar o que é recalcitrante, o que afeta, o que efeitos produz.

A cartografia não é um método que almeja fornecer uma análise exaustiva ou totalizante, mas busca demarcar um plano coletivo de sentidos que permitam revelar elementos de processualidade em questão. Sendo um método processual, a cartografia requer a paradoxal habilidade de começar pelo meio e, também, ser formulada e reformulada e permitir, ao mesmo tempo, a formulação e reformulação do problema pesquisado, na medida em que se abre ao plano de forças acessado.

Assim, é no plano da experiência que estou implicada, acompanhando “o traçado desse plano ou das linhas que o compõe” (PASSOS; BARROS, 2014, p. 27), passando a um manejo do método em que a pesquisadora não é mais um elemento intermediário, mas sim mediador⁸. Nesse processo de pesquisa, sempre em construção, almeja-se evidenciar os elementos que compõe esse conjunto, dando “visibilidade às relações que constituem uma dada realidade, na qual o pesquisador se encontra enredado” (BARROS; BARROS, 2015, p. 376). Disso se infere que os achados de uma cartografia, desta cartografia, não poderão ser reproduzidos. Mas poderão suscitar pistas sobre processos de trabalho em saúde que se propõe cogestivos e transversalizantes. Cartografar é lidar, então, com o irreversível. E “conhecer é, portanto, fazer, criar uma realidade de si e do mundo, o que tem consequências políticas” (PASSOS; BARROS, 2014, p.30), tanto quanto o fazer na clínica e na gestão.

É desse modo que posso afirmar que a inserção no mestrado me trouxe, dentre outras coisas, a possibilidade de conhecer e realizar um outro modo de pesquisar,

⁸ Segundo a Teoria Ator-Rede (TAR) sugerida por Bruno Latour (2012), mediador é o elemento humano ou não humano que promove ações e associações na rede e, por consequência, gera aprendizado. Por sua vez, o intermediário também participa da ação, porém somente transmite e reproduz as ações e associações existentes, sem trazer produzir aprendizado.

desafiador a uma terapeuta ocupacional que tinha na racionalidade científica hegemônica uma ferramenta capaz de institucionalizar sua própria profissão, mas que se mostrava insuficiente quando tentava produzir evidências sobre sua própria práxis.

No percurso cartográfico trilhado no mestrado percebi que através do fazer do grupo que planejou e vem executando junto com os profissionais a implantação do Nasf em Vitória – ES, a minha atividade de trabalho também convocava minha atenção. Propondo uma transformação do processo de trabalho dos profissionais da atenção básica, o meu próprio fazer estava em transformação. Eu estive em transformação. A experiência de implantação do Nasf em Vitória colocou-se como um processo de trabalho, de pesquisa e de formação que me deslocou – e ainda desloca - para lugares inesperados, de onde – parece - emergir outra.

É no entorno dessa problemática que atravessa os processos de trabalho em saúde, a cogestão e a formação que essa dissertação se desenvolve. Tomando como objeto de pesquisa o processo de trabalho do grupo condutor de implantação do Nasf em Vitória – ES, pretendo apresentar a descrição e a análise desse processo que se desenvolve no campo das políticas públicas e discute as práticas em saúde, considerando as interfaces entre a clínica, a gestão e a formação. O objetivo desta análise se centra na busca de compreensão sobre a articulação entre o grupo condutor, os profissionais da ponta, os profissionais do nível central e os dirigentes da SEMUS, apresentando os efeitos desse processo na produção de práticas que ampliam as possibilidades de construção de um SUS integral, resolutivo e provisor de saúde e na formação dos profissionais nele direta ou indiretamente envolvidos.

Quem conta um conto aumenta um ponto

*Onde se apresenta o Nasf,
as ideias sobre modelo de atenção
a que ele se relaciona e de como ele
chegou em Vitória.*

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foi criado em 2008⁹ com o objetivo geral de ampliar o escopo de trabalho da atenção básica, aumentando a sua resolutividade e a capacidade das equipes de produzir um cuidado integral à saúde, a partir de um processo de trabalho que consista na lógica do apoio matricial¹⁰.

O Nasf caracteriza-se, conceitualmente, por ser uma equipe multiprofissional composta por profissionais de diferentes formações e núcleos de saber, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF)¹¹ e das equipes de atenção básica para populações específicas (como o Consultório na Rua), compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob sua responsabilidade através do apoio matricial.

Explicando que a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas ocorre mediante a conformação de núcleos e de campos de saber, Campos (2000, p. 220) afirma que o:

“núcleo demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional (...) [representando] uma aglutinação de conhecimentos (...) que conforma um determinado padrão (...) de produção de valores de uso; e o campo [conforma] um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”.

O apoio matricial é, assim, uma estratégia e arranjo de gestão do trabalho que visa ampliar a oferta de ações em saúde a partir da articulação e do compartilhamento de saberes e práticas entre duas ou mais equipes, promovendo a interdisciplinaridade, o trabalho em rede, a ampliação da clínica e da capacidade de ação/intervenção na

⁹ A definição das modalidades de Nasf e a forma de organizar a composição dessas equipes multidisciplinares são baseadas na Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008 (que cria o dispositivo) e na Portaria n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012 (que redefine a carga horária dos profissionais da equipe Nasf das modalidades de tipo 1 e 2, cria a modalidade tipo 3 e reorienta os parâmetros de vinculação, ou seja, o número de equipes de saúde da família apoiadas por cada tipo de Nasf).

¹⁰ Discutiremos o apoio matricial adiante, ainda nesta parte do texto.

¹¹ As equipes de saúde da família têm perfil generalista e estão envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território, sendo, assim, também chamadas de equipes de referência para os usuários (BRASIL, 2014).

saúde, com corresponsabilização e organização coletiva dos diferentes atores envolvidos (BRASIL, 2004). Como aponta Chiaverini (2011, p. 13):

É um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. (CHIAVERINI, 2011, p.13).

Dentro deste contexto, o apoio matricial surge como um arranjo que visa promover encontros entre profissionais de diferentes equipes, possibilitando a troca de saberes e práticas para o estabelecimento de parceria entre os profissionais. Com isso busca-se ampliar a capacidade de ação de todos os envolvidos e promover a integralidade, a resolutividade e a qualidade da atenção oferecida.

O apoio matricial trata-se, assim, de uma prática que atualiza os princípios do SUS, podendo ser considerada essencial na busca pela efetivação do cuidado integral, pois favorece a interlocução dos profissionais, promovendo encontros, discussões e trabalho conjunto, compartilhado, elementos considerados necessários para produção do cuidado de qualidade e para a própria construção e consolidação do SUS.

Neste arranjo de gestão e trabalho, os profissionais lançam mão de diferentes saberes e práticas, especializadas ou não, no intuito de ampliar a capacidade de cuidado de todos, assim como os conhecimentos e habilidades para lidar com as ações de cuidado, assistência, prevenção e reabilitação, avançando em direção a uma atuação mais pautada ao campo da saúde coletiva e da promoção à saúde.

Dessa forma, ao considerar que:

“o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde, o apoio matricial resulta em um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento” (CHIAVERINI, 2011, p.16).

Busca-se, assim, “[...] empreender a cogestão de relações interprofissionais” (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015, p. 230), promover a democratização das relações e a valorização de cada equipe, construindo entre elas uma relação de reciprocidade que fomenta o fortalecimento dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2004; IGLESIAS, 2015).

Nessa perspectiva de valorização de uma concepção ampliada do processo saúde-doença e do trabalho em rede, necessário para a garantia da integralidade em

saúde, o apoio matricial busca superar a lógica do simples encaminhamento, da referência e contrarreferência entre as equipes da atenção básica e profissionais e serviços especializados, passando a trabalhar com a lógica da corresponsabilização e do compartilhamento do cuidado.

Assim, o apoio matricial cumpre mais uma de suas propostas de enfrentamento da fragmentação do cuidado e da burocratização das práticas de saúde, tendo forte compromisso com a busca de maior resolutividade da atenção. Para tanto, a articulação entre as equipes da Atenção Básica, que tem a coordenação do cuidado como um de seus atributos, deve acontecer também com a aproximação e participação dos sujeitos, da população, com ações mais próximas do território e da comunidade.

O apoio matricial tem sua ação na chamada micropolítica, entendida como “o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que eles se encontram” (FRANCO, 2006, p. 459), espaço pleno de possibilidades, mas também das tensões e conflitos que só se resolvem quando se instituem metodologias e arranjos que permitam as trocas e articulações entre os atores envolvidos.

Sabemos que a Atenção Básica ocupa um lugar estratégico na organização do SUS, sendo o primeiro nível da atenção e a porta de entrada preferencial da rede de serviços que o compõe, conforme o princípio organizativo da hierarquização. Tendo como atributos a longitudinalidade, a acessibilidade, a integralidade e a ordenação do cuidado em rede, à atenção básica, como muito se afirma, coloca-se o desafio de produzir práticas que busquem dar conta da complexidade que é o cuidado em saúde.

Criado com o objetivo de ampliar o escopo das ações da atenção básica, bem como sua abrangência e resolubilidade, o Nasf

“deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios” (Ministério da Saúde, acesso em 23 de março de 2017).

É nesse sentido que se diz que o Nasf é uma equipe especializada que oferece apoio matricial às equipes de saúde da família, pois ela conta com profissionais que não são próprios dessas equipes, somando a elas outros saberes e práticas. Contudo, não compõe um ambulatório de especialidades ou um serviço hospitalar, uma vez que esse arranjo aponta para uma nova maneira de se relacionar com as equipes de saúde

da família apoiadas. Aponta para a produção de relações entre os profissionais, sendo que a demanda é recebida nesse dispositivo a partir de negociação, discussão e tomada de decisão compartilhada com as equipes apoiadas.

Ponto 01 – Para a demanda, outra oferta

Desde o ano de 2007, o município de Vitória havia inserido diferentes profissionais (assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fonoaudiólogos, profissionais de educação física na saúde, sanitaristas, médicos pediatras e médicos ginecologistas) na atenção básica. A inserção desses profissionais, chamados profissionais de apoio, nas unidades de saúde se deu em diferentes momentos e tinha o intuito de ampliar a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população e a resolutividade desse nível de atenção.

Além disso, visava fortalecer programas específicos na atenção básica (como o Programa de Saúde Mental, o Programa Saúde do Escolar e o Programa de Saúde da Mulher), buscando ampliar as ações desse nível de atenção para populações relacionadas a esses programas.

À exceção dos assistentes sociais inseridos nas unidades de saúde, que não tiveram suas atribuições descritas por nenhum programa da Secretaria Municipal de Saúde (o que pode, a meu ver, ter contribuído para que dentre todos os profissionais de apoio essa categoria fosse aquela com maior heterogeneidade de atribuições entre cada unidade de saúde), os demais profissionais de apoio tinham suas funções mais ou menos descritas pelos programas aos quais se relacionavam:

- os psicólogos tinham atribuições especialmente relacionadas à saúde mental na atenção básica e suas agendas, segundo documento orientador elaborado pela área técnica de saúde mental, deveriam ser compostas segundo o parâmetro de 40% de atendimento individual e 60% de ações coletivas, como grupos, oficinas, atendimentos compartilhados, participação das reuniões das equipes de saúde da família ou da unidade de saúde (para onde não havia

Estratégia de Saúde da Família) e participação no *apoio*¹² matricial de saúde mental.

- os fonoaudiólogos foram inseridos na atenção básica para *apoiar* o Programa Saúde do Escolar (PSE), e os seus processos de trabalho eram acompanhados pela Área Técnica do PSE.

- os farmacêuticos estavam diretamente relacionados à Gerência de Atenção Farmacêutica, e tinham seus processos de trabalho acompanhados pela equipe desse setor.

- os profissionais de educação física, apesar de estarem dentro das unidades de saúde, tinham suas ações atreladas mais diretamente à Coordenação do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE)¹³ do que à Coordenação de Atenção Básica.

- os médicos ginecologistas, atrelados à área técnica de saúde da mulher, estavam responsáveis pelo atendimento das demandas encaminhadas pelos médicos de família da unidade de saúde após discussão de caso (entre médicos de família e eles) e mantinham uma agenda entre si para pensar as ações nos diferentes territórios. (É importante dizer que por estas características, denomina-se essa relação dos ginecologistas com os médicos de família de *apoio matricial*, mas muitos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde questionam esse nome).

- os médicos pediatras tinham como atribuição o atendimento das crianças e adolescentes do território, *apoiando* o médico de família de modo que a unidade de saúde fosse capaz de atender toda a demanda por consultas do território.

O município contava, assim com praticamente todas as condições para implantar o Nasf já na época de sua criação, em 2008, mas optou pela implantação desse arranjo apenas em 2013, quando uma profissional da Gerência de Atenção à

¹² Neste trecho, destaco a palavra *apoio* e suas derivações pois retomo as ideias aqui apontadas adiante.

¹³ O Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) foi um programa da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória que tem como objetivo de orientar e incentivar a prática regular e correta de exercícios, combater o sedentarismo e auxiliar na prevenção e tratamento de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis. Para estes fins, mantinham-se espalhados módulos de apoio pela cidade onde profissionais de educação física na saúde ofereciam atividades. À coordenação deste programa estavam vinculados os profissionais de educação física na saúde que atuam nas unidades de saúde do município.

Saúde (GAS), foi convidada pelos dirigentes da SEMUS a realizar o processo de cadastramento das equipes Nasf junto ao Ministério da Saúde.

A partir dessa demanda, duas frentes de trabalho foram abertas na GAS: um pequeno grupo de profissionais ficou responsável por escrever um projeto a ser encaminhado ao Ministério da Saúde e outro pequeno grupo de trabalho ficou responsável por estudar a composição das equipes Nasf a serem constituídas a partir dos profissionais de apoio existentes e seus respectivos territórios de abrangência.

A notícia de que os Nasf seriam implantados no município mobilizou diversos debates na GAS, formais e informais. Habitando essa mesma gerência há poucos meses quando as conversas sobre a implantação dos Nasf se iniciaram, coloquei como questão nos diálogos que tive, em reuniões gerais e em reuniões da área técnica de saúde mental, algumas percepções que trazia sobre o funcionamento da atenção básica a partir da minha experiência como matriciadora de saúde mental do Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi). Na função de matriciadora, foram muitas as ocasiões em que escutei os colegas que trabalhavam em unidades de saúde falando de seu incômodo com a sobrecarga de trabalho, a organização da agenda feita muitas vezes exclusivamente pelo diretor do serviço, as filas de espera e a demanda cada vez maior por mais e mais horários para consultas individuais em psicologia, e a solidão para cuidar dos casos de saúde mental nos territórios.

Em meio aos debates que aconteciam na Gerência de Atenção à Saúde, e com o avanço do ano de 2013, o Ministério da Saúde nos apontou que o município atendia as exigências legais (em termos de número de equipes de saúde da família) para implantar até dezesseis equipes Nasf tipo 01. Além disso, verificamos que, com os profissionais de apoio existentes na atenção básica seria possível compor, de imediato, até 12 equipes Nasf (seguindo os parâmetros legais), garantindo que cada equipe Nasf apoiasse o menor número de equipes de saúde da família possível.

Segundo o Caderno de Atenção Básica n. 39, que tem o Nasf como tema, cabe à gestão municipal elencar - baseada em dados demográficos e epidemiológicos - entre as dezenove profissões possíveis para a composição do Nasf (definidas na Portaria n. 154/2008) aquelas que melhor atenderiam às necessidades da

população de um dado território. Dessas dezenove profissões, o município de Vitória – ES já contava com profissionais de sete categorias profissionais trabalhando na maioria das unidades de saúde. A princípio, em Vitória seriam esses profissionais de apoio que passariam a compor as equipes Nasf, podendo ser sugerida a inserção de profissionais de outros núcleos de saber.

Com relação ao tipo de Nasf a ser implantado em Vitória, seguindo os critérios da Portaria n. 3.124/2012, o município deveria implantar Nasf tipo 01, uma vez que o município possui cerca de 78 equipes de saúde da Família e propunha que o Nasf realizasse apoio ao maior número destas. Assim, ficava inviabilizada a implantação da modalidade Nasf 2, que só pode dar apoio a um máximo de 4 (quatro) equipes de Saúde da Família, bem como da modalidade Nasf 3, que só pode dar apoio a um máximo de 2 (duas) equipes de Saúde da Família.

Na modalidade 01, cada equipe Nasf apoia de cinco a nove equipes de Saúde da Família, e tem como característica o fato de que a soma da carga horária dos profissionais que a compõem deve somar, no mínimo, duzentas horas semanais. Além disso, nesse tipo de Nasf, cada ocupação não pode ter menos de vinte horas ou mais de oitenta horas semanais, o que garante que as equipes Nasf sejam constituídas por profissionais de diferentes profissões, de modo que o compartilhamento de conhecimentos e saberes, e a construção compartilhada das intervenções coloquem-se como dois dos grandes potenciais dessas equipes.

Os resultados dessa análise foram debatidos em reunião ocorrida no Gabinete da SEMUS em outubro de 2013, na qual dirigentes e técnicos da Gerência de Atenção à Saúde definiram a implantação dos Nasf, contando-se inicialmente com os profissionais de apoio que já compunham a rede de saúde municipal (psicólogo, assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo e profissional de educação física), conforme quadro abaixo:

QUADRO 01 – EQUIPES NASF A SEREM IMPLANTADAS			
Nasf	Formada por	Unidade de saúde apoiada	Nº de equipes apoiadas
Santo Antônio	Profissionais de apoio da US Santo Antônio	US Santo Antônio	05 eSF*
Jardim da Penha	Profissionais de apoio da US Jardim da Penha	US Jardim da Penha	05 eSF
Consolação	Profissionais de apoio da US Consolação	US Consolação	06 eSF
Vitória/Fonte Grande	Profissionais de apoio da US Vitória e da US Fonte Grande	US Vitória US Fonte Grande	06 eSF 01 eCnR**
Santo André/Ilha das Caieiras	Profissionais de apoio da US Santo André e da US Ilha das Caieiras	US Santo André US Ilha das Caieiras	06 eSF
Conquista/Resistência	Profissionais de apoio da US Conquista e da US Resistência	US Conquista US Resistência	07 eSF
Santa Martha/Andorinhas	Profissionais de apoio da US Santa Martha e da US Andorinhas	US Santa Martha US Andorinhas	06 eSF 01 eCnR
São Cristóvão/Maruípe	Profissionais de apoio da US São Cristóvão e da US Maruípe	US São Cristóvão US Maruípe	07 eSF

*eSF = equipe de saúde da família. **eCnR = equipe de Consultório na Rua

Naquele momento, era dúvida a inserção dos médicos pediatras e dos médicos ginecologistas nas equipes Nasf e foi colocada a impossibilidade de se abrirem novos cargos e/ou contratar profissionais de outros núcleos de saber para a composição das equipes, devido à Lei de Diretrizes Orçamentárias e do próprio orçamento municipal.

Ainda nessa reunião, em que participaram representantes de diferentes setores da SEMUS, seria devido que:

O Nasf é um projeto estruturante, que possibilitará a reorganização do processo de trabalho da atenção básica e impactará na estruturação de outros projetos, tais como apoio institucional, PMAQ/IDV etc. Para tanto requer envolvimento e participação de todos os setores do nível central e dos serviços da rede SEMUS. A sugestão é realizar a construção coletiva

do projeto. É importante discutir a possibilidade de haver uma coordenação geral para os Nasf e confirmar o lugar institucional dos Nasf. A proposta para 2013 é apenas de efetivar o credenciamento. Para 2014 desenvolver as ações de implantação, incluindo a construção de formas de monitoramento, controle e avaliação. (Memória da reunião de 14 de outubro de 2013).

Até aqui, a organização e a definição das equipes Nasf foram tarefas simples de realizar, que continuariam não complexas caso apenas se realizasse o credenciamento dos profissionais de apoio das unidades de saúde como equipe Nasf no Ministério da Saúde. Os critérios legais para composição das equipes estavam atendidos, inclusive com a proposta de implantação de equipes Nasf em Vitória apresentada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde, tornando-se ação prevista no Plano Plurianual de Saúde.

No entanto, profissionais da Gerência de Atenção à Saúde entendiam que apenas o cadastramento dos profissionais de apoio como Nasf não bastaria para que eles se constituíssem como tal, afinal esse cadastramento seria apenas protocolar e administrativo. Parecia evidente que era necessário estar com esses profissionais, (re) conhecer a atividade de trabalho de cada um, analisá-la com eles e pensar junto as transformações necessárias aos processos de trabalho para qualificar a atenção, ampliar e transversalizar as práticas e “operar com as dimensões do afeto e do poder que disso decorrem” (CAMPOS et. al., 2013, p. 77).

Após a reunião de 14 de outubro de 2013, uma profissional da equipe da Coordenação de Atenção Básica da Gerência de Atenção à Saúde foi designada como referência técnica para o Nasf, dado o seu percurso na implantação do apoio matricial em saúde mental no município. Junto a ela, um grupo de trabalhadores dessa gerência ficou provocado a pensar como poderiam implantar e fazer operar as equipes Nasf em Vitória.

Foi quando surgiu a ideia da criação de um grupo de trabalho (GT) que conduzisse a implantação desse arranjo organizacional no município, de maneira que fosse possível fazer mais do que apenas cumprir com a formalidade do cadastramento das equipes Nasf no Ministério da Saúde. Esse grupo de profissionais da Gerência de Atenção à Saúde se propôs a planejar e a efetuar junto com os profissionais de apoio a transformação, a transposição dos

processos de trabalho dos profissionais de apoio nas unidades de saúde em processos de trabalho que se alinhassem aos princípios e diretrizes do Nasf.

Essa ideia foi levada aos gestores, que assentiram sobre a formação do grupo de trabalho, dando-lhe aval para a condução do processo de implantação do Nasf.

Lembro-me que, ao final de 2013, eu estava para sair de férias e, audaciosa, disse a uma colega que estava envolvida com o planejamento das equipes Nasf que caso o grupo de trabalho fosse montado eu tinha interesse em participar. Não me satisfazia a ideia de que os profissionais fossem apenas cadastrados como Nasf. Eu, que acompanhava, mesmo que de longe, os colegas da atenção básica (principalmente psicólogos) na condução de um ou outro caso de saúde mental, ouvia muitos deles contarem do peso que era cuidar sozinho de um caso grave no território; de como era difícil levar a discussão desses casos para as equipes de Saúde da Família; do quanto angustiava ficar sem saber o que fazer diante das situações que se apresentavam; de como era difícil cuidar de uma crise quando a agenda estava cheia de consultas de vinte minutos; do quanto seria potente se outros profissionais da unidade de saúde participassem do matriciamento de saúde mental; do quanto o trabalho estava se fazendo pesado.

Além disso, sempre tive a convicção de que é possível produzir um cuidado em saúde tanto mais integral quanto mais ele é compartilhado e é tecido entre diferentes profissionais e seus saberes. E não seria o Nasf capaz de produzir esse tipo de processo de trabalho? Eu apostei que sim. E quis estar no grupo de trabalho da implantação do Nasf para inventar junto outras formas de produção do cuidado e de gestão do trabalho.

Nesse momento eu conseguia perceber a potência do Nasf em relação à produção de cuidado para os usuários e em relação à gestão dos profissionais da atenção básica entre si e pensava o processo de implantação desse arranjo apenas sob essa ótica. Apenas mais tarde, nesse percurso, é que foi se evidenciando para mim a necessária articulação e discussão sobre ele no e com o nível central.

Quando voltei de férias em janeiro de 2014, recebi a agenda das primeiras reuniões do grupo de trabalho (de implantação) do Nasf, do qual eu faria parte como representante da área técnica de saúde mental. Outros membros desse grupo eram colegas de outras áreas técnicas e da Coordenação da Atenção Básica da Gerência de Atenção à Saúde, profissionais da Gerência de Vigilância em Saúde (GVS), da Gerência de Atenção Farmacêutica (GAF) e da Escola Técnica do SUS de Vitória (ETSUS¹⁴-Vitória).

Apresento ainda neste texto como o grupo de trabalho (GT do Nasf), mais tarde nomeado Grupo Condutor de Implantação do Nasf em Vitória – ou apenas grupo condutor¹⁵, como o chamamos no dia-a-dia e será tratado neste texto – organizou esse processo em busca de produzir cogestão com os profissionais da ponta.

Ponto 02 – Sobre especializar o especialista

De como especialistas

estavam inseridos na atenção básica

a trabalhar no atendimento a demandas específicas

Segundo o Protocolo de Fonoaudiologia da Prefeitura Municipal de Vitória – ES, cabe a cada fonoaudiólogo realizar 10 atendimentos individuais de 30 minutos por dia. Considerando que a carga horária dos fonoaudiólogos no município é de 30 horas semanais (ou seja, uma jornada de 06 horas diárias), isso é o mesmo que dizer que o Protocolo de Fonoaudiologia prescreve o atendimento individual como única atividade para esse profissional.

Entre os anos de 2013 e 2014 o grupo de fonoaudiólogos da atenção básica reunia-se mensalmente com a Coordenação de Atenção Especializada (CAE)

¹⁴ A ETSUS (Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde) é uma escola da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória cuja função é promover formação continuada e a educação permanente dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e, através de parcerias, de profissionais de outras pastas.

¹⁵ Neste texto apresento as principais razões que nos levaram a mudar o nome desse grupo de grupo de trabalho para grupo condutor.

para analisar a possibilidade de implantação de um serviço especializado de fonoaudiologia no município. Esse projeto visava incluir fonoaudiólogos no Centro Municipal de Especialidades para a realização de atendimentos e exames especializados de fonoaudiologia. Nesses encontros, os fonoaudiólogos e os técnicos da CAE debatiam os desafios colocados no cotidiano de trabalho, que iam desde a dificuldade de acesso a exames especializados até as longas filas de espera para atendimento em fonoaudiologia na atenção básica.

Os profissionais relatavam, nesses encontros, que muitos casos atendidos por eles nas unidades de saúde exigiam, para o processo de reabilitação, recursos e equipamentos com maior densidade tecnológica. Reconhecer que a atenção básica não lhes oferecia esse tipo de tecnologia evidenciava o papel curativista/reabilitador desse profissional da atenção básica, demonstrando que muitos casos graves estavam sendo atendidos por eles na atenção básica, sem os recursos necessários, o que os angustiava e os levava a discutir a necessidade do município de Vitória implantar um serviço especializado de reabilitação fonoaudiológica.

Além disso, os fonoaudiólogos relatavam que havia muitos encaminhamentos que vinham das escolas do território. A grande maioria dos casos encaminhados chegavam à unidade de saúde com queixas de dificuldade de aprendizado, e o agendamento era feito diretamente para avaliação fonoaudiológica, formando uma grande fila de espera. Os fonoaudiólogos, pela experiência que traziam, observavam que grande parte das crianças encaminhadas não necessitaria de tratamento em fonoaudiologia, mas que em geral, eram crianças que precisavam ser mais estimuladas e melhor acompanhadas para poder desenvolver suas habilidades de aprendizado.

A primeira reunião do grupo de fonoaudiólogos da atenção básica com a referência técnica do Nasf ocorreu no dia 24 de março de 2014, semanas antes do GT do Nasf iniciar as oficinas locais¹⁶ nas unidades de saúde. Nesse encontro, a componente do grupo condutor passou para os fonoaudiólogos da rede municipal de saúde como estava organizado o cronograma de implantação

¹⁶ As oficinas locais foram uma parte do processo de implantação dos Nasf no município.

do Nasf no município, explicando que os processos de trabalho seriam discutidos localmente, nas oficinas.

Conversando sobre a importância de, a partir da implantação do Nasf, os fonoaudiólogos realizarem “ações específicas de atendimentos e as ações coletivas e interdisciplinares” (Ata da reunião com fonoaudiólogos de 24 de março de 2014), os participantes da reunião discutiram a necessidade de se definir que tipo de ações específicas, de acordo com seu núcleo de saber, poderiam ser atribuídas ao fonoaudiólogo da atenção básica. A referência técnica do Nasf havia levado para a reunião um folder do Conselho Federal de Fonoaudiologia sobre Nasf e a leitura desse material foi sugerida para auxiliar nessa reflexão.

Com a leitura do folder, começam a se esclarecer as ações dos fono nos NASF de Vitória. Fica marcado, para fechar definições após a leitura dos demais materiais e das próximas discussões, que será seguido basicamente o desenvolvimento de ações e áreas de atuação que constam no material do Conselho. Algumas ações, porém, precisarão ser melhor detalhadas. Fica definido que as ações especializadas tendem a incluir algumas ações nos quadros de disfagias, alguns distúrbios de fala e de aprendizagem, alguns tipos de afasias. As próximas reuniões deverão conseguir deixar mais claro e registrado o nível de cada situação para ter claro o que, dentro destes mesmos quadros, será feito na Atenção Básica/NASF e que situações nestes quadros necessitarão atenção especializada. Para estas definições também precisaremos saber o que será desenvolvido no âmbito da atenção domiciliar e ainda avançar nas ações interdisciplinares e intersetoriais. Parte disso será trabalhado nas oficinas nas UBS (Ata da reunião com fonoaudiólogos de 24 de março de 2014).

Nas reuniões que se seguiram, o grupo de fonoaudiólogos da atenção básica, juntamente com a referência técnica para o Nasf e a Coordenação da Atenção Especializada seguiram discutindo quais seriam os casos para o atendimento pelo fonoaudiólogo da atenção básica e quais os casos deveriam ser encaminhados para outros níveis de atenção. Definiu-se que levando em conta “a ausência do otorrinolaringologista na rede e o alto custo dos equipamentos, chegou-se à conclusão de que não era viável a proposta de um serviço municipal de audiolgia” (Ata da reunião com fonoaudiólogos do dia 31 de março de 2014) como era discutido anteriormente. Além disso, o grupo utilizou a Classificação Brasileira de Procedimentos em Fonoaudiologia elaborada por Conselhos Federal e Regional de Fonoaudiologia (2010) “para auxiliar na determinação das

patologias e atendimentos que podem ser realizados na atenção básica” (Ata da reunião com fonoaudiólogos do dia 07 de abril de 2014), numa tentativa de estabelecer quais seriam os casos que um fonoaudiólogo no Nasf atenderia dentro das atribuições específicas por núcleo de saber.

Amarração conceitual – Modelos de Atenção à Saúde e o Nasf

Certa vez ouvi que, tal qual a Catedral da Sagrada Família de Gaudí¹⁷, o SUS (Sistema Único de Saúde) é obra-prima inacabada. Tomado apenas a partir das Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, o SUS nasceu há pouco mais de vinte e seis anos. Todavia, sabemos que seu processo de construção começou, na prática, nos anos 70 do século passado, a partir da luta dos movimentos sociais e políticos contra a ditadura, “pelas Liberdades Democráticas e Democratização do Estado, que se ampliava e fortalecia por uma sociedade justa e solidária e um novo Estado com políticas públicas para os direitos humanos básicos, com qualidade e universais” (SANTOS, 2012, p. 274).

Apesar de garantido por Leis, o SUS de fato é uma obra não acabada (e que tampouco espera-se pronta, já que se nutre de um fazer cotidiano sempre aberto). Atualmente são notórios todos os desafios que ainda se colocam, tanto no que diz respeito, por exemplo, a necessária garantia e ampliação de financiamento para a instalação de pontos de atenção pelo país quanto a consolidação e a efetivação de um modelo de atenção à saúde consoante com seus próprios princípios e diretrizes, que façam enfrentamento às intrusivas tentativas de precarização e fragilização desse sistema.

¹⁷ A Catedral da Sagrada Família, é um grande templo católico da cidade catalã de Barcelona (Espanha), desenhado pelo arquiteto catalão Antoni Gaudí, sendo considerada sua obra-prima. Iniciado em 1882, o projeto foi assumido por Gaudí em 1883, quando tinha 31 anos de idade. Gaudí dedicou os últimos 43 anos de vida à construção da catedral, sendo os últimos quinze anos de forma exclusiva, pois, para além de magnitude da construção, o arquiteto definia muitos aspectos da construção enquanto a obra andava, ao invés de descrevê-los em seus projetos. Gaudí viu construída apenas uma das três fachadas que projetara. Após a sua morte, em 1926, a construção da catedral continuou seguindo os croquis, maquetes e modelos existentes em sua oficina, havendo um grande esforço de seus ajudantes para continuar a construção do templo seguindo os princípios do arquiteto-artista. Contudo, a construção foi suspensa em 1936 devido à Guerra Civil Espanhola, que destruiu grande parte dessa oficina, restando apenas um modelo do projeto inicial, em gesso, no qual os arquitetos e artistas atualmente se baseiam para dar continuidade à obra. Em 1946, com a retomada da construção da catedral, os esforços para retomar a construção segundo os diretrizes e princípios gaudianos exigiram estudo e planejamento. Há inúmeras controvérsias e polêmicas acerca da continuidade desse projeto, que tanto dizem respeito ao crescimento da cidade de Barcelona (que invadiu os espaços de entorno da catedral, onde Gaudí havia planejado haver imensos jardins) como também as esculturas de uma das fachadas construídas pós-morte, que tem características muito mais modernas do que aquelas do artista. (Conteúdo aberto, acessado na web em 06 de maio de 2016).

Chama a atenção dentre essas tentativas de precarização e desinvestimento no SUS, por exemplo, o aumento do número de redes locais entregues à terceirização e de emendas constitucionais e projetos de lei que fragilizam o sistema, levando muitas vezes à consequente escassez de recursos para sua sustentação e a precarização das relações de cuidado.

Além disso, existem propostas de alteração na legislação, como a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) n. 86/2015, que modifica as regras de cálculo do valor a ser direcionado ao financiamento do SUS e a PEC n. 451/2014 que, na prática, obrigaria as empresas a contratarem planos de saúde privados a todos os empregados, ampliando em grande número a clientela desses segmentos empresariais. A Emenda à Constituição (PEC) n. 241/2016 (ou PEC n.55/2016), já aprovada, limita o teto dos gastos públicos com saúde e educação nos próximos 20 anos. Além disso, o Congresso discute, dado o lobby das seguradoras de saúde, propostas de criação de planos de saúde de baixo custo, o que indiretamente justificaria, cada vez mais, o desinvestimento no Sistema Único de Saúde e a entrega da oferta de ações em saúde à iniciativa empresarial, o que transformaria as ofertas em saúde em mercadorias, vendáveis, e portanto, com a finalidade de gerar lucro.

O objetivo de medidas como essas vão ficando cada vez mais evidentes: colocar fim à conquista e ao direito da sociedade brasileira de ter acesso universal, integral e gratuito às ações em saúde, limitando sua concepção à noção de ausência de doença.

Não bastasse todas essas ameaças externas às políticas públicas de saúde, ainda é possível destacar muitos desafios a serem superados na efetivação de um SUS integral e equânime, os quais estão relacionados a transformações técnicas, políticas e culturais. Assim, desde a criação do SUS que insistimos em “transformar os direitos constitucionalizados em direitos em exercício” (FLEURY, 2009, p. 744), consolidando seus princípios e diretrizes tanto do ponto de vista estrutural como do ponto de vista político, na trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber e de um processo de transformação institucional.

No Brasil e no mundo, é hegemônica a concepção mercadológica e biomédica da saúde, que individualiza, biologiza e reduz os processos saúde/doença, contribuindo na construção de alheamento e passividade dos profissionais e usuários na produção de cuidado, como se fossem meros executores e consumidores de técnicas e tecnologias que visam a cura, o que podemos perceber através da forma

como os atos profissionais foram e ainda são agenciados há anos na atenção básica em Vitória - ES.

O modo como era ofertado o atendimento em fonoaudiologia no município de Vitória até a implantação do Nasf pode refletir como a saúde pública pode se organizar de modo privatizante. As questões trazidas nos encontros com esses profissionais nos mostraram que os fonoaudiólogos da atenção básica de Vitória – ES eram acionados para o atendimento de demandas ora muito especializadas (a ponto de a atenção básica sequer dispor da tecnologia necessária para o devido tratamento dos casos), ora relacionadas à atenção integral às crianças de seus territórios e que poderiam requerer ações do campo da saúde, como a aproximação com as escolas e o compartilhamento dos casos, e não apenas o encaminhamento ao fonoaudiólogo, como era a prática corrente na rede de serviços do município (e inclusive pelas próprias equipes de referência da atenção básica).

À vista disso, “culturalmente, há séculos a ideia de saúde como mera ausência de doença se tornou parte do senso comum e orienta as respostas sociais aos problemas de saúde” (SOUZA, 2015, p. 07) ainda hoje. Tal ideia parece, cada vez mais, motivar as pessoas na busca por especialistas, exames e procedimentos capazes de resolver rapidamente suas questões de saúde. Como afirmam Dimenstein et al (2009, p. 70):

Faz parte do imaginário social contemporâneo acreditar que a grande especialização profissional, em especial a médica, é a estratégia mais eficiente para se cuidar das pessoas. Sendo assim, os profissionais vão cada vez mais restringindo seu campo de atuação, ao mesmo tempo em que a população em geral também vai incorporando valores e passando a acreditar somente na atuação de um especialista. (DIMENSTEIN et al, 2009, p. 70).

Além disso, por muitos anos, também no campo da saúde buscamos a redução dos objetos para explicá-los, sendo a “simplicidade o resultado de uma ação depurativa da ciência moderna” (PASSOS; BARROS, 2003). Ainda hoje nossos atos profissionais muitas vezes reduzem e simplificam a saúde à ideia de ausência de sintomas e de doenças. “É muito mais confortável pensar que as coisas são simples, que há uma solução para cada problema e que basta ficar numa teoria da aplicação” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007) mas romper com o paradigma biomédico hegemônico também implica em radicalizar a noção de ciência:

Na ciência contemporânea, ao contrário [*da ciência moderna*], o complexo é a propriedade de certos fenômenos cuja explicação exige de nós o esforço de evitarmos as simplificações reducionistas. Tal esforço resiste a uma tendência que foi dominante no campo da ciência moderna que, por princípios metodológicos, fazia da explicação uma busca do simples (PASSOS; BARROS, 2003, p. 81).

Notamos, assim, que com a criação do SUS busca-se romper com uma ideia de saúde como mera ausência de doença, o que implica considerá-la como um fenômeno complexo, multifacetado. Como consequência dessa busca, construir o SUS, contra hegemônico por natureza, coloca-nos o desafio de romper paradigmas, mudar nossa racionalidade, transformar nossas práticas em saúde e a clínica em consonância com um novo modelo de atenção. Nesse sentido, alguns processos de mudança parecem mais visíveis que outros. Pensemos, por exemplo, nos tipos de serviços e ações em saúde ofertados: progredimos de uma atenção basicamente hospitalocêntrica, estruturada essencialmente pelo modelo biomédico, passando para um cuidado territorial a partir da atenção básica (com o estabelecimento da Estratégia de Saúde da Família) até a composição de redes de atenção à saúde. Tais redes são arranjos organizativos de diversos serviços e ações, de diferentes densidades tecnológicas que, integrados, devem ser acionados segundo a complexidade de cada caso, desenhando linhas de cuidado que visam a atenção integral. Cada caso é um caso, afinal.

Lembremos com Paim (2008, p. 548) que a palavra modelo apresenta diversas acepções na língua portuguesa, assumindo um caráter polissêmico no uso comum, na ciência em geral e na área da saúde, em particular.

Na ciência, de um modo geral, modelo “significa uma representação simplificada da realidade, onde se retêm e se destacam seus traços fundamentais” (PAIM, 2008, p. 548), ignorando-se as variações individuais.

Justamente esta representação esquemática e simplificada de um sistema de saúde, no que tange à prestação da atenção, pode ser entendida como modelo de atenção ou modelo assistencial. Não como algo exemplar, uma norma ou um padrão que todos devem seguir, mas a identificação de seus traços principais, seus fundamentos, suas lógicas, enfim, sua razão de ser ou as racionalidades que lhe informam. (PAIM, 2008, p. 548).

A expressão ‘atenção à saúde’ remete-se “ao que e como devem ser as ações e os serviços de saúde, assim como a quem se dirigem, sobre o que incidem e como se organizam para atingir seus objetivos” (MATTA; MOROSINI, 2009). Sendo assim,

quando nos referimos a um modelo de atenção à saúde, estamos nos referindo às maneiras de conceber e de organizar as ações e os serviços de saúde (MATTA; MOROSINI, 2009) naquilo que esse modelo nos coloca como características principais em contraponto a outros modelos existentes.

Paim (2008) nos aponta que quando se ultrapassou a noção de que cada doença era relacionada a uma única causa, ideia que se propagou em meados do século XIX, o modelo agente-hospedeiro-ambiente, também conhecido como modelo ecológico, passou a fundamentar as ações de saúde, ampliando suas práticas (que antes se delimitavam ao agente e ao hospedeiro) também para o ambiente (físico, biológico e sociocultural).

Sob a influência da Medicina preventiva, tomou vez o modelo da história natural das doenças, fortemente baseado na epidemiologia e na clínica (ou seja, respectivamente, em estudos e intervenções pré-patogênicas no nível coletivo e estudos e intervenções de ordem individual no período patogênico). Assim, esse modelo direcionava as práticas médicas para ações preventivas (articulando um conjunto de medidas educativas para a população) e para ações curativas, mantendo a organização dos serviços de saúde na perspectiva da medicina liberal (PAIM, 2008, p. 550).

Por intermédio da medicina comunitária, que criticava a concentração dos recursos e das tecnologias de cuidado nos níveis secundário e terciário da atenção (ao que se chamou modelo hospitalocêntrico), muitos autores passaram a defender a regionalização e a integração das ações e dos serviços, de modo que se tornasse possível um cuidado progressivo ao paciente (continuidade da atenção) desde ações educativas de ordem preventiva até ações curativas de alta complexidade. Após a Declaração de Alma-Ata, em 1978, desenvolveu-se o movimento de atenção primária à saúde, alimentando uma crítica político-ideológica ao modelo hospitalocêntrico ou modelo medico-assistencial privatista, contrapondo-se a ele na medida em que propõe a reformulação das políticas públicas de saúde e a reorganização do sistema de serviços de saúde (PAIM, 2008, p. 551).

Através do movimento da promoção da saúde, que teve como marco a Carta de Ottawa (1986), buscou-se evidenciar que “o perfil epidemiológico poderia ser mais bem explicado por determinantes ambientais e pelo estilo de vida do que pelas intervenções do sistema de saúde” (PAIM, 2008, p. 551). Uma vez que se afirmava que “as condições de saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda,

ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (CARTA DE OTTAWA, 1986), a promoção de saúde visaria garantir igualdade de oportunidades, proporcionando os meios para que todas as pessoas pudessem realizar completamente o seu potencial de saúde (PAIM, 2008, p. 551). No modelo da promoção da saúde, portanto, as combinações tecnológicas estariam voltadas a esses determinantes, relacionando-se “à elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, à criação de ambientes favoráveis à saúde, ao reforço da ação comunitária, ao desenvolvimento de habilidades pessoais e à reorientação do sistema de saúde” (PAIM, 2008, p. 551).

No Brasil, historicamente, os modelos de atenção à saúde relacionam-se fortemente às condições socioeconômicas e políticas da sociedade brasileira, sendo possível identificar modelos predominantes ou hegemônicos. Pela posição que o Brasil ocupava no cenário mundial desde a colonização até a república velha, portando, a medicina brasileira incorporou as doutrinas liberais (ofertas de serviços ao mercado) e filantrópicas (prestado por entidades religiosas), tal como acontecia nos grandes centros hegemônicos europeus. O Estado, por sua vez, passou a intervir sobre a saúde da população no período republicano, quando as ações de combate a diferentes endemias (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2013, p. 06):

Ao longo do século XX, sob a égide dos processos de industrialização e urbanização e respondendo a pressões e decisões políticas que ocorreram em distintas conjunturas, foram sendo constituídos dois modelos distintos de atenção à saúde da população: o modelo médico assistencial hospitalocêntrico e o modelo sanitário, vigentes na época em que se desencadeou o movimento pela Reforma Sanitária (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2013, p. 06).

O modelo médico-privatista, que representa a versão mais conhecida do modelo médico hegemônico, assim, é aquele que tem como características principais “o individualismo, a relação saúde/doença como mercadoria, a ênfase no biologismo, a ahistoricidade da prática médica, a medicalização dos problemas, o privilégio da medicina curativa, o estímulo ao consumismo médico” (MENÉNDEZ, 1992, apud PAIM, 2008), assim como a participação subordinada e passiva dos consumidores, voltando-se para o atendimento da livre iniciativa pela demanda e da organização da assistência em especialidades. Tem origens na assistência filantrópica e na medicina liberal, tendo se fortalecido no contexto brasileiro com a expansão da previdência social e com a capitalização da medicina nas últimas décadas, sendo muito

prestigiado pela mídia, pela categoria médica, pelos políticos e pela população medicalizada (PAIM, 2003, p. 568).

A ênfase dada ao biologismo nesse modelo, cujo foco de intervenção é a doença, centrando-se em ações individuais e privatizantes, promove a fragmentação dos sujeitos e colabora para a construção da ideia de que ações e práticas especializadas são mais resolutivas. Camargo (2011, p. 170) afirma que essa concepção compromete a atenção integral em saúde, “bem como a totalidade dos processos que informam e interferem no alcance das ações intersetoriais, bens e serviços, indispensáveis para a efetivação da saúde”. Além disso, não se compromete com o impacto sobre o nível de saúde da população.

Como já afirmamos, há grande influência política e cultural desse modelo, no agenciamento as ações dos profissionais da saúde e na constituição da demanda dos usuários (FRANCO; MERHY, 2013).

Vale ressaltar que dentro do modelo médico hegemônico, a entrada do capital financeiro no setor saúde produz um modelo (chamado modelo da atenção gerenciada) que se fundamenta nas análises de custo-benefício e custo-efetividade, no qual os protocolos assistenciais adquirem uma importância central, sujeitando profissionais e usuários (PAIM, 2008, p. 558). Representado pela medicina liberal, cooperativas médicas, medicina de grupo e o seguro saúde-doença, suas características são facilmente identificadas no âmbito privado e, embora resguarde características muito similares ao modelo médico-privatista, diferencia-se dele porque tem como perspectiva a contenção da demanda e a racionalização dos procedimentos e serviços, apostando no controle mais estreito do trabalho dos profissionais.

Embora tenham características bastante peculiares, de cunho privatizantes, aspectos desses modelos também se fazem presente nos serviços públicos, quando estes não estão organizados para atender às necessidades sociais a partir do pressuposto da territorialidade (PAIM, 2003, p. 568). A valer, o modo como o atendimento em fonoaudiologia se dava no município, apresentado no Ponto 02 nos leva a refletir sobre como, até aquele momento, ainda pensávamos o papel do fonoaudiólogo de modo bastante especializado, privatista e curativista, mesmo que estivéssemos começando a discutir a sua inserção no Nasf.

Da mesma maneira, vale lembrar que além dos profissionais de apoio que vieram a constituir as equipes Nasf, muitas unidades de saúde do município também tinham – e ainda têm - em suas equipes médicos pediatras e médicos ginecologistas,

que atuam paralelamente às equipes de saúde da família. Conforme pudemos observar, em muitas unidades de saúde os médicos de família sequer atendem crianças e adolescentes ou fazem o pré-natal de mulheres grávidas, haja vista a presença do especialista no serviço, para quem essas populações são encaminhadas.

É certo que em 2013, o grupo de profissionais da GAS que desenhou as equipes Nasf apontou que os médicos ginecologistas e os médicos pediatras poderiam compô-las. Houve abertura para discutir a inserção dos médicos ginecologistas nestas equipes, e alguns deles começaram a participar das oficinas locais, como veremos adiante, mas ainda hoje os dirigentes da SEMUS não definiram junto com os profissionais da GAS e os médicos ginecologistas sobre a organização do processo de trabalho desses profissionais.

Tampouco, naquela ocasião, foi possível discutir a inclusão dos médicos pediatras no Nasf, pois os dirigentes da SEMUS consideraram que a população não compreenderia que o acesso ao pediatra não seria mais por livre demanda ou a redução no número de consultas que esses profissionais fazem por dia. Havia, ainda, o receio de que com a inclusão dos médicos pediatras na equipe Nasf, filas de espera fossem geradas para o atendimento pediátrico, como se a demanda não se constituísse a partir da oferta (BAREMBLITT, 1992; FRANCO; MERHY, 2005).

Contrariamente ao modelo biomédico hegemônico, o modelo sanitarista fundamenta-se, no país, na busca pela democratização do acesso às ações e serviços de saúde, tomando a saúde como um direito social. Como foram as campanhas a inaugurar a saúde pública nesse país, o Movimento da Reforma Sanitária, a partir da década de 1970 introduz elementos importantes ao modelo sanitarista, vinculando a efetivação da saúde a um conjunto de fatores determinantes e condicionantes que devem ser garantidos pelo Estado (CAMARGO, 2011, p. 171).

Essa forma de definir saúde ultrapassa a noção minimalista de acesso a serviços e tratamentos médicos ou à medicalização¹⁸, introduzindo na sua concepção as necessidades de saúde e dando indícios do necessário reconhecimento dos rebatimentos das transformações societárias nesse campo (CAMARGO, 2012, p. 172).

¹⁸ Segundo Camargo (2011, p. 172) está relacionado às práticas clínicas centradas na assistência médica curativa, individual, com desvalorização das ações preventivas e coletivas preconizadas pela saúde pública. Para além disso, esse termo remete a um processo de expansão de uma saber/poder médico que busca incidir sobre todos os aspectos da vida individual e coletiva, poder sobre a vida, dos indivíduos e da população, visando a norma, a normalização e enquadramento em modelos e regras.

O modelo sanitaria, por sua vez, relaciona-se predominantemente à forma adotada pela saúde pública implementada no Brasil durante o século XX. Baseia-se em campanhas e programas especiais (PAIM, 2003, p. 569), “sempre presente no imaginário da população e de técnicos diante de uma necessidade coletiva” (PAIM, 2008, p. 556), dispondo, através de uma organização vertical, de um conjunto de serviços e atividades cujos custos são elevados e que “atravessam instituições, estabelecimentos e serviços de saúde de forma individualizada e desintegrada” para atingir objetivos bastante específicos. Outras manifestações dessa lógica são os programas organizados em resposta a mudanças nos perfis epidemiológicos, como são o programa de tuberculose ou hipertensão e diabetes, que muitas vezes nem se relacionam às campanhas de imunização ou às ações de promoção da saúde e de vigilância epidemiológica.

Usualmente essas formas de intervenção não contemplam a totalidade da concepção de saúde, isto é, concentram a sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer. Deixam de se preocupar com os determinantes mais gerais da situação sanitária. Consequentemente, configuram um modelo assistencial que não enfatiza a integralidade da atenção e não estimula a descentralização na organização dos serviços (PAIM, 2003, p. 569).

Desde meados do século XX uma série de fatores impulsionaram um movimento de luta no país, que problematizava o modelo médico hospitalocêntrico, privatista e excludente que existia à época. Esse movimento apontava, como um de seus principais efeitos, a necessária mudança de paradigma na construção de um novo modelo de atenção à saúde. Um modelo que, ao invés de fragmentar o objeto em pequenas partes, buscando simplificá-lo para compreendê-lo, visasse a integralidade e, portanto, convocasse a uma transformação das práticas em saúde.

Neste novo modelo entendemos que a transversalização das práticas de cuidado possibilita acompanhar os modos de vida em sua complexidade, inventando um novo plano problemático (diferente do campo em que o objeto está reduzido, recortado e pré-definido), um plano de novas práticas e, também, de novos modos de subjetivação.

A nova operação – a de transversalização –, impõe um processo de desestabilização daquilo que era até então nomeado como o campo da clínica: objetos bem definidos e teorias internamente consistentes, sujeitos do conhecimento e objetos a serem conhecidos, territórios bem marcados de ação, especialistas cômicos de seus discursos. Com a desestabilização, o

que emerge é o plano de constituição da clínica onde as dicotomias dão lugar aos híbridos, as fronteiras apresentando seus graus de abertura, suas franjas móveis por onde os saberes se arguem, as práticas se mostram em sua complexidade. A criação do plano da Clínica é, portanto, não só a invenção de novos problemas como de estratégias de solução dos impasses gerados nas novas configurações (PASSOS; BARROS, 2003, p.83).

A ideia da integração de ações preventivas e curativas e de sua organização em redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde foi, assim, bastante difundida e experimentada nas décadas de 1960 e 1970, trazendo para o debate no país a questão dos modelos assistenciais com vistas à integralidade da atenção.

Ganhava força a noção de saúde não apenas como ausência de doença, mas como direito universal “ao bem-estar completo e complexo, implicando as condições de vida articuladas biológica, cultural, social, psicológica e ambientalmente” (BRASIL, 2006a, p. 18).

Este debate foi promovido pelo movimento sanitário na 8ª. Conferência Nacional de Saúde (CNS), na sistematização das bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira e no esforço de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde mediante a organização dos distritos sanitários. Posteriormente, o princípio da integralidade foi inserido na Constituição, na Lei Orgânica da Saúde e nas normas operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) que postulavam a mudança do modelo de atenção, além de ser fortalecido com as discussões em torno da promoção da saúde (PAIM, 2002, in PAIM, 2008, p. 552).

Desde a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, portanto, discutem-se problemas encontrados na prestação da atenção, entre os quais as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a inadequação face às necessidades, a qualidade insatisfatória e a ausência da integralidade das ações. Paim (2008, p. 556) afirma, então, que nem o modelo médico privatista e nem o modelo sanitarista, em seus fundamentos, conseguem contemplar o princípio da integralidade.

Assim, a partir da década de 70 do século passado, iniciaram-se os primeiros projetos de implementação de um modelo de atenção à saúde baseado na medicina comunitária, disseminando nas realidades brasileiras as diretrizes da Atenção Primária, especialmente nas periferias das grandes cidades, que cresciam desordenadamente devido ao grande fluxo migratório originado do interior do país.

Essas experiências qualificaram os serviços municipais de saúde “inclusive com equipes compostas pelas várias profissões de saúde, integrando as ações preventivas e curativas e ganhando grande apoio da população antes excluída”

(SANTOS, 2012, p. 274). Tais experiências também se tornaram espaço profícuo, onde “se gestou e se difundiu o movimento sanitário brasileiro” (BRASIL, 2006b, p. 24), engendrando e antecipando o que viria a ser, anos depois, o que se conhece como os princípios doutrinários e organizativos do SUS¹⁹ (SANTOS, 2012, p. 274):

Os movimentos sociais dos anos pré-constituição, na área da saúde, visavam a um novo paradigma e a uma nova forma de considerar a questão da saúde da população, coletiva e individualmente, como direito e como questão de todos, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões. A participação é essa nova articulação do poder com todos os envolvidos, na transformação dos atores passivos em sujeitos ativos, dos atores individuais em atores coletivos. (BRASIL, 2006a, p. 18).

Notamos, portanto, que toda essa efervescência democrática do fim da década de 1980 desencadeou uma série de garantias sociais que visavam a universalização da cidadania. No campo da saúde, incorporaram-se as demandas do movimento sanitário brasileiro:

A saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais; a saúde como direito de todos e dever do Estado; a relevância pública das ações e serviços de saúde; e a criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade. (BRASIL, 2006b, p. 25).

A partir da criação do Sistema Único de Saúde, então, coloca-se para discussão a questão, ainda muito atual, sobre os processos de trabalho em saúde, relacionada especialmente aos meios de trabalho e às tecnologias empregadas, tanto materiais como não materiais (PAIM, 2008, p. 554).

Assim, diversas estratégias têm sido realizadas no intuito de superar as dificuldades e constituir modelos de atenção que estejam em maior sintonia com os princípios doutrinários da Reforma Sanitária brasileira.

Revisando a literatura sobre esse tema, Teixeira e Vilasboas (2003, p. 03-04) afirmam que para dar conta dessa discussão, na década de 1980 foi intenso o debate em torno do interesse em conceituar “modelo de atenção”, sendo três as principais perspectivas:

- modelo de atenção como uma forma de organização das unidades de prestação de serviços de saúde: nessa perspectiva, a organização dos serviços

¹⁹ São princípios doutrinários do SUS a Universalidade, a Equidade e a Integralidade. Já os princípios organizativos do SUS são a Descentralização e a Hierarquização, a Regionalização e o comando único e a Participação Social.

de saúde pode se basear na constituição de redes de serviços com características similares (rede ambulatorial, rede hospitalar, entre outras) ou se configurar de acordo com níveis de complexidade (através dos quais os usuários caminham segundo uma lógica de referência e contrarreferência), constituindo redes integradas de atenção a problemas ou grupos populacionais específicos (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2003, p. 03).

- modelo de atenção como uma maneira de organizar o processo de prestação de serviços: tendo como principal critério a distinção em “consulta” e “programação/ações programáticas”, essa ideia de modelo de atenção coloca em questão “a existência ou não de um processo de identificação, seleção e priorização de necessidades de saúde da população atendida”, distinguindo atendimento à demanda espontânea de oferta organizada. Assim, traz à tona a proposta da Vigilância em Saúde, entendida com uma organização das práticas em saúde que preconizam ações de promoção da saúde, prevenção e controle de riscos, assistência e reabilitação, “de modo a se desenvolver uma atenção integral a problemas de saúde e seus determinantes, a necessidades e demandas da população em territórios específicos” (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2003, p. 04).
- modelo de atenção como modelos assistenciais que se referem às características estruturais dos processos de trabalho em saúde, ou seja, das relações entre sujeitos (profissionais e usuários), mediadas por tecnologias (materiais e imateriais) utilizadas nesses processos (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2003, p. 04). Modelos assistenciais, assim, são definidos como “combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, não sendo, portanto, simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde” (Teixeira, 2000, p. 261-262).

Paim (2003, p. 570) afirma que a partir da década de 80, diversas propostas nascem a partir dessas perspectivas e diversas alternativas têm sido elaboradas visando à integralidade da atenção e ao impacto sobre as condições de saúde da população, bem como a concretização dos princípios e diretrizes do SUS. Um exemplo dado por ele é a conformação de distritos sanitários nos quais os serviços e

ações de saúde se organizam em redes regionalizadas e hierarquizadas, com mecanismos de comunicação e integração (dos quais se destacam a referência e a contrarreferência), cuja porta de entrada única para o sistema estivesse localizada na atenção primária (serviços territoriais de caráter ambulatorial). O nível secundário de atenção compreende, nessa conformação, os consultórios especializados e os pequenos hospitais e o nível terciário envolve os grandes hospitais, que concentram tecnologias relacionadas às subespecialidades médicas.

A partir de proposições como essa, pôde-se iniciar um debate entre aquilo que seria um modelo assistencial (que diz respeito às ações em saúde) e o que seria uma modelo organizacional-gerencial (a estrutura do sistema), buscando diferenciá-los. A ideia de atenção primária, secundária e terciária estariam mais ligadas à organização dos serviços conforme o nível de especialização apresentado acima.

Contudo, o modelo organizacional-gerencial, embora eficaz para esclarecer o lugar de cada ponto de atenção na rede de saúde, parece não alcançar o que se relaciona às práticas em saúde produzidas em cada ato profissional, sendo necessário pensar em termos de modelo assistencial. Nesse sentido:

Na medida em que o distrito sanitário se propunha a solucionar problemas de saúde através de ações integrais, não seria possível passar ao largo do caráter dessas ações, da natureza desses problemas, da tecnologia a ser empregada e das suas relações com a totalidade social. A questão de fundo que estava sendo posta para a discussão, na realidade, era o processo de trabalho em saúde, particularmente os meios de trabalho ou as tecnologias utilizadas, materiais e não materiais (PAIM, 2008, p. 554).

Paim (2008, p. 561) afirma que, integrando o modelo sanitarista nasceram, na década de 1990, programas especiais (como o PACS e o PSF)²⁰ cujas ações territoriais extrapolavam o muro das unidades de saúde, enfatizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos. Além da equipe básica (médico, enfermeiro, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), a partir da criação desses programas outros profissionais passaram a compor as equipes de saúde da família, a fim de atingir os objetivos propostos.

No caso do PSF, seu objetivo geral é contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS [...]. Entre as diretrizes operacionais destacam-se: caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização; adscrição da clientela; cadastramento, instalação de Unidades de Saúde da Família (USF);

²⁰ PACS = Programa de Agentes Comunitários de Saúde e PSF = Programa Saúde da Família).

composição e atribuições das equipes. Com base nesses objetivos e diretrizes, o PSF enfatiza os seguintes aspectos: integralidade e hierarquização da atenção [...] acionando a referência e a contrarreferência; substituição das práticas de saúde convencionais de assistência por novos processos de trabalho; promoção da assistência integral (domicílio, ambulatório, hospital) para a população da área adscrita [...]; planejamento e programação local de saúde a partir dos problemas identificados pelos diversos atores sociais; equipe multiprofissional; valorização da vigilância em saúde, contemplando danos (agravos, doenças, acidentes), riscos e determinantes socioambientais (PAIM, 2008, p. 561).

Sendo assim, posteriormente o PSF foi redefinido e passou a ser considerado Estratégia de Saúde da Família, um mecanismo de mudança dos modelos [assistenciais] de atenção à saúde vigentes. Desse modo, afirma o lugar da atenção básica como ordenadora do cuidado e preconiza mudanças na organização da atenção da média e da alta complexidade, através das políticas de controle e regulação articuladas às ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Além disso, incentiva ações intersetoriais de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população, denotando sua relação com um conceito de saúde que ultrapassa a ideia de saúde como ausência de doenças (PAIM, 2008).

Sendo entendida, então, como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e de desenvolvimento das habilidades e da mudança de atitudes tanto dos profissionais como da população (PAIM, 2008, p. 567), a Estratégia de Saúde da Família amplia as atribuições dos profissionais da atenção básica, exigindo-lhes qualificação para as funções de gerenciamento da clínica e dos serviços, convocando-os a uma posição ativa no processo de produção do cuidado, na medida em que devem planejar suas ações de acordo com as necessidades do território.

Junto da Estratégia de Saúde da Família, diversas propostas alternativas têm surgido como vias de transformação dos modelos assistenciais, como a oferta organizada, a distritalização, as ações programáticas em saúde, a vigilância em saúde, o acolhimento, as linhas de cuidado e o apoio matricial (PAIM, 2008, p. 562).

Não iremos discutir isoladamente cada uma dessas propostas alternativas neste texto. Contudo, através desse breve resgate histórico podemos confrontar a noção de modelos assistenciais de atenção à saúde às teorias dos processos de trabalho em saúde. Considerando modelo de atenção à saúde como o modo como são organizadas as ações de atenção à saúde (o que envolve os aspectos tecnológicos, assistenciais e gerenciais dessas ações) para enfrentar e resolver os

problemas de saúde de uma dada população, reconhecemos que mesmo que uma unidade de saúde tenha se constituído como Estratégia de Saúde da Família, pode acontecer que os processos de trabalho se arranjam numa lógica avessa ao que propõe tal estratégia.

Mesmo com todos os avanços e mudanças, o estabelecimento da Estratégia de Saúde da Família e a integração em rede do conjunto de serviços e ações em saúde não tem sido suficiente para romper com o modelo biomédico hegemônico que “sustentado pela força do capital e seu poder de subjetivação, atua como linha de força a agenciar os atos profissionais” (FRANCO, 2013, p.13) e a demanda da população por procedimentos sobre sintomas, doenças e consultas com especialistas, restringindo a capacidade dos profissionais de analisarem e intervirem na complexidade dos problemas de saúde.

Coloca-se para nós, então, o desafio de constituir novos modos de cuidado, de gestão e de produção do conhecimento, capazes de produzir elementos agenciadores de sujeitos e processos em torno da busca pela integralidade. Nesta direção, novos arranjos organizacionais têm sido criados como estratégias para ampliar a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população, propondo novos modos de cuidar e de gerir os processos de produção e de atenção à saúde, buscando (re) inventar as práticas de cuidado e de gestão.

Diversos autores apontam que:

Para superar o modelo biomédico hegemônico neoliberal, devem constituir-se organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo, além de processos cada vez mais partilhados, buscando um ordenamento organizacional coerente com uma lógica usuário-centrada, que permita construir cotidianamente vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e usuários nas formatações das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas (MERHY, 2014, p. 39).

É nesse sentido que se criam arranjos como o apoio matricial, e equipes que devem operar nessa lógica na atenção básica, ampliando suas potencialidades, suas práticas. Contudo, seria nessa perspectiva, na ideia de fortalecer a Atenção Básica, que em 2013 a Secretaria Municipal de Saúde definiu pela implantação do Nasf no município?

Alguns passos fora, um olhar para dentro e de como (se) transformar no encontro com o outro

*Onde se narra como um grupo de trabalho que
não se contentou com a demanda,
ofertou-se ao encontro e
tornou-se apoio.*

Uma importante pergunta a ser feita sobre a decisão pela implantação dos Nasf em Vitória é sobre qual (is) motivo (s) haveria para que se iniciar esse processo. Dito de outra forma, o que impulsionou a proposta de implantação do Nasf no município?

Uma situação bastante evidente, colocada à tona em cenário nacional, foi a crise econômica que afetou o município a partir de 2013. Tal crise estava relacionada principalmente ao fim do Fundap (Fundo de Desenvolvimento das Atividades Portuárias)²¹, que levou a importante queda na arrecadação de ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços) pelo Governo Estadual e, conseqüentemente, no repasse de verbas desse ente federado aos municípios.

A perda desse repasse estadual de recursos levou os municípios a pensarem estratégias para recompor as finanças municipais. Em Vitória, a implantação do Nasf foi tomada como uma oportunidade para trazer novos recursos federais de custeio para o orçamento de saúde do município. Destaca-se que a manutenção de profissionais de apoio na atenção básica, até aquele momento, era custeada apenas com recursos próprios do município, pois não havia nenhuma forma de incentivo federal ou estadual para a contratação daqueles profissionais na atenção básica da forma como estavam inseridos, ou seja, isoladamente e relacionados a algum programa ou ação. Podemos depreender, assim, que esse fator se colocou como um agente disparador no processo de implantação do Nasf no município, uma vez que, com a implantação dos Nasf, novos recursos seriam captados para a atenção básica.

De todo modo, a possibilidade de implantação desse arranjo levou o nível central da SEMUS, em especial na Gerência de Atenção à Saúde, a interrogar-se sobre as vantagens e desvantagens de compor as equipes Nasf em Vitória, exigindo

²¹ O Fundap foi um financiamento para apoio a empresas com sede nos estados onde há portos e que realizavam operações de comércio exterior tributadas com ICMS no Estado. Empresas industriais com sede no Espírito Santo que faziam uso de insumos importados também podiam se habilitar aos financiamentos Fundap.

de nós refletir sobre como estava organizada a atenção básica no município e os processos de trabalho dos profissionais que a compõem.

Segundo o que consta no Projeto de Implantação dos Nasf em Vitória (enviado ao Ministério da Saúde em dezembro de 2013), quando o Nasf foi criado:

estava em pleno curso [em 2008] o processo de implantação do apoio matricial em saúde mental, saúde do idoso e saúde da mulher, o município optou por não alterar o modelo que vinha implantando com sucesso e que vinha permitindo alcançar os objetivos propostos pelos Nasf, razão pela qual não buscou a implantação deste arranjo. (Projeto de Implantação dos Nasf em Vitória).

Em Vitória - ES o apoio matricial foi adotado como uma política institucional cujas atividades tiveram início no ano de 2007 (OLIVEIRA, 2011), após a realização de um grande concurso para a SEMUS, que colocou profissionais de apoio (psicólogos e assistentes sociais) em todas as unidades de saúde.

A primeira experiência em apoio matricial foi na área de Saúde Mental, com a organização de equipes regionais que tinham como objetivo ampliação da atenção em saúde mental na rede de serviços a partir da Atenção Básica. Em julho de 2007 tiveram início as primeiras articulações para implantação do apoio matricial em Saúde do Idoso e no ano de 2008 teve início também o apoio matricial em Infecções Sexualmente Transmissíveis/AIDS (IST/AIDS) e Saúde da Mulher (OLIVEIRA, 2011; MADUREIRA; BISSOLI, 2014).

Vale dizer que essas modalidades de apoio matricial, as quais acontecem até hoje, partem de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de serviços especializados em direção à atenção básica.

A proposição do trabalho em redes de atenção à saúde, articulada por meio do apoio matricial a partir dos CAPS e dos serviços especializados pode ser tomada como tentativa de horizontalizar os estabelecimentos e serviços de saúde, por mais que se mantenha a distinção entre os tipos de tecnologia empregados em cada um deles, de modo que os usuários tenham acesso aos serviços de acordo com a sua necessidade em saúde em determinado momento da vida, sem necessariamente ter que passar por um serviço para ter acesso a outro. A ideia que parece permear a proposta das redes de atenção à saúde através do apoio matricial é a de se colocar os serviços – e suas equipes – lado a lado, rompendo com a lógica da transferência e da contratransferência através do apoio matricial.

Essas experiências em curso no município demonstram que ainda existem fragilidades e dificuldades para se manter e sustentar as práticas de apoio matricial frente às pressões das demandas e à dificuldade de se garantir os encontros e a regularidade deste trabalho (IGLESIAS, 2015), pontos que parecem expressar forças hegemônicas em direção a práticas privatizantes e individualizantes.

Porém, muitos são os efeitos que expressam as potencialidades do apoio matricial para o fortalecimento da rede no que se refere à atenção integral aos usuários, bem como a construção de formas mais inclusivas de cuidado. Nota-se que os serviços vêm alcançando a desejada ampliação do olhar sobre os usuários e seu entorno, assim como para a promoção à saúde que requer justamente a criação de vínculo e a aproximação com o cotidiano das comunidades e das equipes (IGLESIAS, 2015). Outro resultado importante foi a ampliação do acesso aos casos na atenção básica, tendo seu cuidado sustentado no território a partir do apoio matricial, mesmo que muitas vezes os profissionais de apoio relatem serem os únicos a se envolver nessas demandas na Atenção Básica. Muitas vezes, inquietava perceber que muitos processos de trabalho foram se constituindo de tal modo que distanciava os profissionais de apoio dos demais profissionais das unidades de saúde, colocando-os como “especialistas” dos programas aos quais estavam vinculados. O compartilhamento e a corresponsabilização sobre o cuidado em saúde da população parecia estar fragilizado, fragmentado por programas e especialidades na atenção básica.

Da mesma forma, a organização da relação entre os serviços da atenção básica e os Centros de Referência e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) apresentou melhoria, com os serviços passando a manter uma interlocução direta antes inexistente ou limitada à emissão de guias de referência e contra referência. O apoio matricial permitiu que os serviços se aproximassem, avançando numa relação que em certos momentos pode ser conflituosa, mas que demonstra o compromisso de ambos na busca da melhor atenção aos usuários.

Por mais que reconheçamos, portanto, que a presença dos profissionais de apoio na atenção básica em Vitória - ES tenha sido uma das condições que favoreceu o apoio matricial dessas áreas temáticas, não é o nosso objetivo nesta pesquisa analisar a relação que a sua presença ou a relação do apoio matricial dessas áreas teve/tem com os avanços, as dificuldades, as tensões ou as possibilidades de ampliação do cuidado na atenção básica. Ressaltamos, todavia, o fato de que a

implantação do apoio matricial a partir de áreas temáticas específicas ocorrida no ano de 2007 e subsequentes influenciou o município, naquela ocasião, na decisão de não se implantar Nasf. Essa decisão teria relação com a lógica a partir da qual os profissionais de apoio foram inseridos na atenção básica naquele momento?

Essas ideias aparecem como disparadores para pensar os processos de trabalho dos profissionais de apoio na atenção básica.

- Qual era a relação tecida entre os profissionais de apoio?
- E entre cada um deles com as equipes de Saúde da Família? Operava algum tipo de apoio desses profissionais às equipes de Saúde da Família em seus processos de trabalho?
- Como era o trabalho real dos profissionais de apoio? Quais ações e práticas estavam sendo produzidas e quais seus efeitos na atenção básica?
- A inclusão dos profissionais de apoio nas unidades de saúde há cerca de nove anos teria possibilitado um cuidado mais integral à saúde da população?
- Qual o sentido de integralidade se sustenta se há um profissional de apoio para cada programa na atenção básica?

Estas reflexões e avaliações realizadas pelos dirigentes e profissionais da SEMUS também justificaram a implantação do Nasf no município nos termos que constam no projeto elaborado para envio ao Ministério da Saúde como parte do processo de implantação. Além de afirmar que a implantação dos Nasf viria no sentido de “garantir a adequação da rede municipal às diretrizes dessa portaria [Portaria nº 2.488/2011] como uma das estratégias de organização e fortalecimento da atenção básica”, no Projeto de Implantação dos Nasf em Vitória (2013) apontou-se que:

“Algumas modificações na Política Nacional de Atenção Básica, entre outras, levaram a pequenas, mas significativas mudanças que, em seu conjunto, permitem concluir que hoje a implantação dos NASF pode propiciar um novo avanço nos processos de trabalho uma vez que possibilitará a integração, de modo mais sistematizado, de algumas das práticas em curso.

Entre tais mudanças, destacamos:

- O Consultório na Rua agora se localiza na Atenção Básica, responsabilizando-se por todas as situações que afetam às pessoas em situação de rua;
- Todos os CAPS e Centros de Referência do município já realizam o apoio matricial, o que permite uma grande melhoria na articulação destes com as Unidades Básicas de Saúde, mas cria novos desafios como o de organizar os processos de trabalho das equipes das Unidades e dos apoiadores de modo a viabilizar os encontros, sem que isso leve a um acúmulo de momentos estanques de discussão por áreas temáticas;
- O próprio processo de matriciamento já apresenta resultados positivos, tal como o conhecimento dos casos mais graves do território o que desencadeia

a necessidade de ampliar a potência das equipes de saúde da família, principalmente no que concerne ao acompanhamento longitudinal de situações crônicas;

- A rede municipal hoje conta com técnicos esportivos e fonoaudiólogos que cobrem praticamente todas as Unidades Básicas de Saúde, porém em formatos e processos de trabalho muito diferenciados entre si, aspecto que cria algumas dificuldades para a gestão e mesmo para a melhor utilização destes recursos pelas equipes. ” (Projeto de Implantação dos Nasf em Vitória (2013).

Notamos, assim, que o apoio matricial não é um arranjo, uma estratégia “desconhecida” na rede de atenção à saúde de Vitória – ES. Tornava-se novidade, no processo de implantação do Nasf em Vitória, a ideia de profissionais da atenção básica matriciarem a própria atenção básica. Essa seria a transformação pela qual o processo de trabalho dos profissionais de apoio da atenção básica precisaria passar. Acreditar que isso não se daria apenas com o cadastro das equipes junto ao Ministério foi o que uniu profissionais da GAS em torno do planejamento do processo de implantação do Nasf, conforme apresentaremos a seguir.

Ponto 04 – De ponta a ponta de pauta: os profissionais de apoio da atenção básica no centro das atenções

*De como o grupo de trabalho ainda insiste
em estar centralizado e de como
os desafios se desvelam no encontro*

A primeira reunião do GT do Nasf aconteceu no final de 2013. Os profissionais da Gerência de Atenção à Saúde que estiveram presentes na reunião ocorrida em outubro de 2013 relataram que a partir daquela reunião, dois pequenos grupos foram formados. O primeiro deles ficou responsável por verificar questões relativas à carga horária dos profissionais que iriam compor cada Nasf, bem como se haveria necessidade de remanejar profissionais de apoio de uma unidade de saúde para outra a fim de compor cada uma dessas equipes, tendo apresentado o resultado desses levantamentos. O outro pequeno grupo realizou uma investigação sobre como funcionavam os Nasf em outros municípios, de modo a nos alimentar com informações que pudessem nos fazer pensar de que

modo os Nasf do município de Vitória poderiam se organizar e construiu um Projeto a ser encaminhado ao Ministério da Saúde, para o credenciamento das equipes.

Em janeiro de 2014 participei pela primeira vez da reunião GT do Nasf. Nela, esses pequenos grupos se uniam, somando-se e eles alguns outros profissionais de diferentes gerências da SEMUS, para planejar e executar a implantação dos Nasf em Vitória – ES.

Através da apresentação das informações sobre outros Nasf no país, logo nos demos conta de que o processo de implantação dos Nasf em Vitória seria bastante singular, posto que todos os profissionais que comporiam as equipes já atuavam na atenção básica de uma mesma unidade de saúde ou, no máximo, de duas unidades de saúde de territórios vizinhos. Com a apresentação dos levantamentos sobre local de trabalho e carga horária dos profissionais (alguns com jornada de 30 horas, outros com jornada de 40 horas semanais) também observamos que, em algumas unidades de saúde os profissionais de apoio tinham pouca ou nenhuma jornada de trabalho comum na unidade de saúde. “Será que eles se conhecem?”, perguntamo-nos. E essa questão apareceu como uma pista de por onde deveríamos começar esse processo.

Discutimos a partir dessa reunião, então, que algumas mudanças precisariam acontecer, especialmente no que dizia respeito ao horário de trabalho de alguns profissionais de apoio com jornada semanal de 30 horas, visto que minimamente no momento da reunião de equipe Nasf eles precisariam estar juntos. E acordamos que essas mudanças precisariam acontecer concomitantemente ao início do processo de implantação do Nasf nos territórios. Definimos também que iríamos construir uma agenda com cada unidade de saúde que viesse a ter Nasf para apresentar o projeto de implantação desse arranjo no município.

Havia muitos profissionais do nível central nessa reunião que eu sequer conhecia, pois trabalhavam em outras gerências. Também estavam ali colegas da Gerência de Atenção à Saúde com os quais eu ainda não tinha tido oportunidade de trabalhar em nenhum processo, mesmo após um ano da minha inserção naquele setor.

Eu me senti meio tonta. Eram muitas informações trazidas sobre a carga horária de um e de outro profissional, muitos detalhes sobre mudanças de turno ou de lotação, sobre visita da Secretaria Estadual de Saúde e o projeto que estava para aprovação na CIR (mas o que é mesmo a CIR²²?) e eu sequer ainda tinha na memória quais seriam as UBS que passariam a ter Nasf. Estava contente por estar ali, mas ao mesmo tempo fiquei perdida, sem saber como contribuir. Será que eu teria com o quê contribuir? Todos os colegas do grupo condutor estão há muito tempo no nível central, e já participaram da implantação de diferentes serviços e arranjos. A maioria desses colegas, por exemplo, implantou o apoio matricial no município. E falavam dessa experiência ali. E eu, que recém chegava da ponta? O que poderia fazer? Anotei. Anotei o máximo de informações que podia. (Diário de campo, 20 de janeiro de 2014).

Por outro lado, os profissionais de apoio da atenção básica já sabiam da definição pela implantação dos Nasf no município e alguns deles buscavam os componentes do Grupo de Trabalho do Nasf dizendo do medo ou da insatisfação que a implantação desse arranjo lhes produziria, caso suas rotinas de vida ou de trabalho fossem muito alteradas, além de trazer suas dúvidas sobre o que, na prática, seria “ser Nasf”, questionando se o fato de já estarem na atenção básica, discutindo casos com as equipes de saúde da família, já não lhes caracterizava como Nasf. Havia ainda aqueles desanimados, que descrentes diziam que não haveria qualquer mudança.

Como profissionais do GT do Nasf, parecia-nos que para passar a ser Nasf, os profissionais de apoio precisariam minimamente se reconhecer e se constituir como equipe (e, para isso conhecer seus outros membros). Apostávamos na potência desse processo para criar um movimento diferente na rede de atenção à saúde, apesar de ainda não conseguirmos imaginar como contagiar os profissionais com nosso entusiasmo.

Realizamos diversos encontros durante o mês de janeiro de 2014, com a pergunta sobre o que e como fazer para que a implantação do Nasf fosse mais que o simples cadastramento das equipes como pano de fundo. Em outras palavras, pretendíamos criar condições favoráveis para que o Nasf pudesse operar como dispositivo capaz de produzir novas práticas de cuidado e de gestão

²² A CIR (Comissão Intergestora Bipartite) é uma instância de cogestão da regional de saúde (em conformidade com a territorialização estadual), com o objetivo de constituir um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os gestores municipais e o estado para constituição de rede regionalizada, pactuando de forma consensual a definição das regras da gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde – SUS. É composta por representantes da SESA (Secretaria de Estado da Saúde) e de todos os secretários municipais de saúde da região. Cabe às CIR a pactuação, organização e o funcionamento em nível regional das ações e serviços de saúde integrados na rede de atenção à saúde – RAS.

em saúde na atenção básica, sem reconhecer, naquele momento, que estávamos começando a produzir um novo modo de fazer, novas práticas de gestão, também no nível central da SEMUS.

Desde aqueles primeiros encontros concordamos que a implantação do Nasf deveria ser realizada, mesmo que fosse apenas a partir daquele momento, *junto com* os profissionais de apoio da atenção básica, buscando diferenciar o processo de implantação desse arranjo de formas verticalizadas de gestão.

Dessa maneira, nos encontros do GT do Nasf subsequentes, construímos um extenso cronograma de ações, divididas em quatro fases: 1) apresentação do Projeto de Implantação do Nasf para a rede municipal de saúde e realização do Seminário Municipal de Implantação dos Nasf; 2) primeira fase de oficinas locais com os profissionais de apoio da atenção básica; 3) capacitação na ETSUS e 4) segunda fase de oficinas realizadas com as equipes Nasf já formadas.

Reconhecendo que o GT do Nasf não teria condições de realizar as ações planejadas com as oito equipes Nasf a serem implantadas ao mesmo tempo (pois além das tarefas relacionadas a implantação desse arranjo cada um de nós mantinha as atribuições de suas áreas técnicas e coordenações), optamos por dividir as oito equipes Nasf a serem implantadas em dois grupos de quatro equipes. Desse modo, as fases 2, 3 e 4 do cronograma aconteceram com o primeiro grupo de quatro equipes a partir de agosto de 2014. As outras quatro equipes começaram o processo de implantação do Nasf a partir de janeiro de 2015, conforme o cronograma traçado pelo grupo.

Essa organização permitiu a constituição de duas turmas de aproximadamente 40 profissionais para a fase dos encontros formativos na ETSUS (fase 03), bem como criou condições das equipes serem acompanhadas por duplas do grupo condutor, como discutiremos adiante.

Iniciamos a fase de apresentação do Projeto de Implantação do Nasf ao final de janeiro de 2014 e nela tivemos quatro encontros diferentes com: a) os profissionais do Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde; b) os profissionais da Gerência de Atenção à Saúde; c) o conjunto de técnicos do nível central da Secretaria Municipal de Saúde que atuavam como apoiadores institucionais; e

d) os profissionais de apoio da atenção básica que viriam a compor as equipes Nasf.

A reunião de apresentação do Projeto de Implantação do Nasf ao Gabinete da SEMUS foi o primeiro passo para fora do grupo condutor, lançando-nos na aventura. Nessa reunião, discutimos o papel dos diretores das unidades de saúde nesse processo. Construímos também a proposta de apresentar o que é o Nasf e o cronograma de implantação desse arranjo em Vitória (ES) aos Colegiados Regionais de Saúde²³ e aos Conselhos Locais de Saúde²⁴ de cada unidade de saúde que teria o Nasf implantado. Também ficou decidido que o grupo condutor iria apresentar esse projeto às equipes dos quatro Centros de Atenção Psicossocial, do Centro de Referência de Atendimento ao Idoso e do Centro de Referência em IST/HIV²⁵.

No encontro com as áreas técnicas da Gerência de Atenção à Saúde discutimos como a implantação do Nasf poderia produzir mudanças não apenas nos processos de trabalho dos profissionais das unidades de saúde, mas também – e com igual importância – nos processos de trabalho das áreas técnicas. Fizemos essa análise considerando, especialmente, o fato de que os profissionais de apoio da atenção básica, uma vez que se tornassem Nasf, deixariam de estar vinculados a programas específicos de áreas específicas. Um encaminhamento tirado nessa reunião na Gerência de Atenção à Saúde foi a necessidade de haver encontros do grupo condutor com cada área técnica para discutir, “negociar” e arranjar os processos das áreas em sintonia com as transformações que se produziriam nos serviços a partir do funcionamento das equipes na lógica do Nasf. Esses encontros foram agendados a partir dessa reunião e vem acontecendo até o presente momento.

²³ Os Colegiados Regionais de Saúde (COGER) são reuniões mensais com os diretores de todos os serviços de saúde de cada uma das seis sanitárias do município.

²⁴ O Conselho Local de Saúde é uma instância colegiada de caráter permanente, deliberativo, consultivo e constituído paritariamente entre profissionais e munícipes. Visando descentralizar as ações do Conselho Municipal de Saúde, está instituído em cada um dos serviços de saúde do município de Vitória, com objetivo de fiscalizar as ações dos serviços e deliberar sobre a atenção à saúde da população do seu território de abrangência, ampliando o controle social no âmbito do município.

²⁵ Esses serviços realizam o apoio matricial na atenção básica, respectivamente, em saúde mental, em saúde do idoso e em problemas relacionados às infecções sexualmente transmissíveis.

Da reunião de apresentação do Projeto de Implantação do Nasf aos apoiadores institucionais²⁶, muitos deles também profissionais da Gerência de Atenção à Saúde, mas tantos outros de outras gerências, surgiu a necessidade de se organizarem encontros entre o grupo condutor e esse coletivo, ao que se chamou “encontros de alinhamento conceitual”. Essa demanda, trazida pelos apoiadores institucionais, surgiu porque alguns deles disseram não conhecer ou conhecer pouco – querendo conhecer melhor - conceitos caros ao Nasf, como matriciamento, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, entre outros. Além disso, pela maneira como o apoio institucional estava organizado no município, consideramos que os apoiadores institucionais poderiam desempenhar um importante papel no processo de implantação dos Nasf, discutindo-o nos colegiados gestores das unidades de saúde.

Os encontros de “alinhamento conceitual” com os apoiadores institucionais foram realizados em abril de 2014, cerca de um mês após a reunião de apresentação do projeto. Organizamos duas “turmas” de apoiadores institucionais, e em cada turma foram realizados três encontros, de modo que pudéssemos discutir questões relativas à atenção básica de Vitória (ES)²⁷. Assim, no primeiro desses encontros, os apoiadores institucionais foram divididos em quatro pequenos grupos que tinham a tarefa de escrever no flip-chart os desafios e as potencialidades da atenção básica do município. Depois de algum tempo, cada pequeno grupo apresentava o produto de sua discussão e debatíamos os pontos levantados. Foi importante perceber que em ambas as turmas de apoiadores institucionais, apareceram como potencialidades da Atenção Básica a presença dos profissionais de apoio e a Rede Bem-Estar²⁸, e como desafios a necessidade de se resgatar a Estratégia de Saúde da Família.

No segundo encontro, após o resgate do que havia sido discutido no encontro anterior, aconteceu uma pequena exposição sobre o Nasf, que visava discutir

²⁶ Durante o ano de 2013 ocorreram uma série de mudanças na forma como o apoio institucional estava organizado no município, incluindo no projeto todas as unidades de saúde do município. Tal definição fez com que a maioria dos profissionais do nível superior da Gerência de Atenção à Saúde, da Gerência de Vigilância Sanitária e da Gerência de Regulação, Controle e Avaliação passassem a ser apoiadores institucionais. Quando o projeto de implantação do Nasf foi apresentado a esse grupo de profissionais, muitos deles estavam apenas começando o percurso como apoiadores institucionais.

²⁷ O anexo 02 apresenta a organização do planejamento desses encontros pelo grupo condutor do Nasf.

²⁸ A Rede Bem-Estar é o sistema de informação próprio da SEMUS, no qual organizam-se as agendas dos profissionais, localizam-se os registros de prontuário eletrônico e se inscrevem os procedimentos realizados, dentre outras funções.

especialmente as suas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica. Depois, a turma se dividiu em três pequenos grupos, cada qual escolhendo um dos temas, a saber: clínica ampliada, apoio matricial e projeto terapêutico singular. Nos pequenos grupos, lia-se um texto sobre o tema escolhido, discutia-se e se formulava um conceito do pequeno grupo sobre o tema a eles apresentado. Em seguida, cada pequeno grupo apresentou para o grande grupo um resumo do texto lido e da discussão realizada, bem como do conceito que construiu. Com o conceito construído pelo pequeno grupo projetado no quadro, toda a turma podia debater esse tema e intervir no conceito construído, produzindo um conceito da turma sobre cada tema²⁹.

Esse “alinhamento conceitual” com os apoiadores institucionais foi um momento muito importante no início das atividades de implantação do Nasf. Nesses encontros, realizamos discussões fundamentais sobre como estavam sendo percebidos os processos de gestão e de cuidado produzidos no município, criando momentos de análise coletiva sobre a rede de saúde municipal a partir das percepções dos profissionais do nível central. Afirmava-se ali, por exemplo, que algo da Estratégia de Saúde da Família havia se perdido e precisava ser resgatado. Muitos arriscavam dizer que o IDV-PMAQ³⁰ e a Rede Bem-Estar eram responsáveis pelo fato de as unidades de saúde estarem em busca de aumentar o quantitativo de consultas e procedimentos e do enrijecimento das agendas dos profissionais, sendo esses dois importantes aspectos discutidos nesses encontros. Além disso, os apoiadores diziam que os profissionais de apoio da atenção básica eram tidos como especialistas pelas equipes de referência, ficando a cargo deles algumas demandas que a eles se relacionavam. “*O papel da Secretaria é recompor o seu pessoal de forma a ampliar a capacidade de resolução das equipes da atenção básica. Reconstruir o papel desses profissionais [de apoio] nas equipes de referência*”, disse uma apoiadora institucional num desses encontros.

Por outro lado, como efeito desses encontros, parece ser possível dizer que a implantação do Nasf ganhou outro sentido para muitos apoiadores institucionais:

²⁹ O Anexo 03 mostra os conceitos construídos pelos grupos, nesta atividade denominada Círculo da Cultura.

³⁰ O IDV (Índice de Desempenho Variável) foi um programa baseado no PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade) Nacional de incentivo ao trabalhador da rede de saúde que “premiava” com um significativo bônus salarial as equipes que alcançavam metas semestrais (sempre quantitativas) de procedimentos realizados. Vigorou na rede de saúde de Vitória (ES) de julho de 2012 a dezembro de 2014.

se antes o Nasf seria um modo de arrecadar recursos federais, depois dos encontros foi possível passar a ver esse arranjo como um mecanismo, um caminho de resgate da Estratégia de Saúde da Família.

O encontro do grupo condutor com os profissionais de apoio que passariam a compor o Nasf, diferente dos anteriores, não tirou encaminhamentos. Esse foi, para além de um espaço de apresentação do projeto, um momento para os colegas da atenção básica compartilharem como estavam se sentindo a partir da notícia de que haveria a implantação desse arranjo e de que seriam eles próprios a compor essas equipes.

Pudemos, nesse encontro, ratificar algumas de nossas impressões: parte dos profissionais de apoio estava receosa de terem suas vidas drástica e verticalmente alteradas através de mudança de lotação ou da carga horária, o que já pudemos esclarecer que não aconteceria. Ufa! Um receio a menos. Muitos estavam certos de que nada precisava mudar e que a SEMUS houvera optado por implantar o Nasf apenas para receber recursos federais. Outros, ainda, apostavam que a implantação do Nasf seria uma maneira de “*sair do isolamento*”. Muitos profissionais, nesse dia, manifestaram-se insatisfeitos com a implantação do Nasf, dizendo ser essa “*mais uma demanda*”. Queixavam-se sobre como executá-la, já que a agenda já estava tomada por uma série de ações e procedimentos e nos indicavam a necessidade de conversar com os diretores das unidades de saúde sobre como fazer para incluir mais atividades no dia-a-dia de trabalho, visto que eles, os diretores das unidades de saúde, que “montam” a agenda de todos os profissionais na Rede Bem-Estar. Reconhecemos, então, que seria de grande importância para o Nasf mudar a configuração da agenda, não apenas no concreto, na Rede Bem-estar, mas na forma em que ela é pensada, refletindo sobre que normas e valores ela representa.

É interessante observar que muitos profissionais de apoio da atenção básica diziam, tal como havia aparecido nos encontros com os apoiadores institucionais, que “alguma coisa se perdeu” ou que algo precisava ser movimentado na atenção básica de Vitória “*para se voltar a fazer estratégia de saúde da família*” (sic).

Retornamos desse encontro cansados, incertos do que nos aguardava quando viéssemos a estar no nível local. Parecia forte o sentimento de insatisfação dos profissionais de apoio e era impossível saber exatamente com relação a que. Mas era como se nós, ali, fôssemos tidos (ou nos colocávamos?) como representantes das decisões verticais que tantas vezes atravessaram e atravessam a ponta. Tínhamos a certeza de que a mudança nos processos de trabalho dos profissionais de apoio deveria inclui-los. Mas e nós enquanto GT do Nasf? Como nos colocaríamos em relação àqueles profissionais dali por adiante, uma vez que para eles representávamos os dirigentes da SEMUS, tomando decisões verticais sobre o trabalho de cada um deles?

Nesse encontro, apesar de não saber, a priori, como seria o cotidiano de trabalho das equipes Nasf, mas podendo admitir isso a eles, afirmamos que as mudanças não seriam nem planejadas e nem tão pouco implementadas sem a participação de cada um deles. Se não podíamos evitar a implantação do Nasf, como muitos queriam que acontecesse, se a decisão já tinha sido tomada, estávamos dispostos a fazer disso um processo compartilhado e construído coletivamente com os profissionais da ponta. Estávamos dispostos a produzir junto com eles uma outra prática, uma outra relação entre o nível central e a ponta, uma nova possibilidade de gestão do trabalho e do cuidado.

Na contramão, buscamos apontar que éramos corresponsáveis por essas produções mas sentíamos como se fôssemos nós os proponentes de uma mudança que não era bem-vinda. E percebemos o tamanho do desafio que encontraríamos pela frente, pois para construirmos juntos esse processo, tal como nos propúnhamos, precisávamos tecer e cultivar uma relação com esses profissionais que nos possibilitasse cogerir.

Afirmar diversas vezes isso aos profissionais de apoio parece ter sido a maneira que encontramos de tentar, ainda com constrangimento, uma primeira aproximação com cada um desses profissionais, cujos corpos pareciam estar marcados por uma relação verticalizada com o nível central da SEMUS e gestores locais, que há algum tempo cobravam produtividade, construindo, segundo eles, agendas que iam se enrijecendo cada vez mais, e assim cultivando isolamento e fragmentação das práticas.

Notamos que uma série de ações adensaram o cronograma de implantação do Nasf no município após a finalização da primeira etapa do processo de implantação do Nasf. Esse adensamento consequentemente produziu atraso na execução do cronograma. Ou talvez fosse melhor dizer que produziu um novo cronograma, uma vez que o grupo condutor decidiu sustentar a necessidade de incluir as atividades sugeridas/pactuadas nos primeiros encontros que realizou com outros grupos e planejar as ações a partir de cada encontro acontecido, compensando o “atraso” do processo com a potência que ele teria caso as ações pactuadas coletivamente fossem efetivadas.

Ponto 05 – Quando somos chamados, vamos junto com

*No qual se conta o encontro
do grupo condutor com os
profissionais da ponta e
uma nova relação despona*

Em agosto de 2014 realizamos o Seminário Municipal de Implantação do Nasf. Momento solene, com presença de gestores municipais e estaduais, trabalhadores e diversos convidados (conselhos de classes, associações de profissionais da saúde, universidades, profissionais de equipes Nasf de Belo Horizonte – MG, que vieram partilhar suas experiências, representantes do Ministério da Saúde, entre outros). Estávamos ansiosos por esse Seminário, pois ele marcaria o final de um processo de planejamento e o início do processo de execução das ações de implantação do Nasf junto aos profissionais de apoio, equipe por equipe.

Após o Seminário Municipal sobre Nasf, iniciamos a primeira fase das oficinas com os profissionais de apoio da atenção básica das quatro primeiras equipes a serem implantadas. Durante o primeiro semestre de 2014, foi com muito cuidado que, no grupo condutor, planejamos cada oficina que realizaríamos no nível local, reunindo-nos durante semanas para pensar cada detalhe de cada encontro.

O planejamento do grupo condutor previa a realização de 04 oficinas locais, nas unidades-sede de cada Nasf, cada uma com um objetivo bastante específico: a primeira oficina visava fazer os profissionais se conhecerem, se aproximarem, criarem grupalidade e constituir algum tipo de vínculo com a dupla do grupo condutor. A segunda oficina buscava (re) conhecer o território de abrangência do Nasf, bem como os processos de trabalho existentes na unidade de saúde (ou nas unidades de saúde) de onde vinham os profissionais de apoio. A terceira oficina buscava produzir uma reflexão sobre os processos de trabalho existentes, para identificar as consonâncias e as divergências entre o processo de trabalho atual e o que buscamos instituir através da implantação dessas equipes. A quarta e última oficina antes dos cinco encontros de formação que seriam promovidos na ETSUS buscava construir uma agenda comum para o início das atividades enquanto Nasf, bem como organizar alguns elementos que pareciam importantes para instituir o apoio matricial das equipes Nasf às equipes de saúde da família, como a própria reunião da equipe Nasf e a organização dessa equipe para o acompanhamento das reuniões de equipe de saúde da família.

Ainda de acordo com o planejamento realizado pelo grupo condutor, após os cinco encontros de formação realizados na ETSUS, (dos quais participariam quatro equipes Nasf em 2014 e quatro equipes Nasf em 2015, visto que dividimos a implantação em duas etapas, conforme apontado anteriormente) as duplas do grupo condutor realizariam ainda mais quatro a cinco oficinas locais para construir com os profissionais do Nasf os parâmetros de agenda de cada núcleo de saber, bem como as agendas locais de cada equipe, considerando as características de cada território e as possibilidades de cada equipe naquele momento.

Uma ansiedade enorme tomava conta de mim, pois chegava a hora de estar novamente com os profissionais de apoio da atenção básica. Como seria estar com eles nas unidades de saúde? Como seríamos recebidos?

No grupo condutor, dividimo-nos em duplas para irmos a cada Nasf e nessa divisão eu participei das oficinas locais em um dos Nasf em que os profissionais de apoio de apenas uma unidade de saúde formariam a equipe.

Nesta unidade de saúde, de todos os profissionais de apoio existentes, dois tinham a carga horária de 30 horas semanais e trabalhavam em turnos diferentes. Viria a calhar a atividade que iríamos propor no primeiro encontro, que tinha como objetivo fazer os profissionais se conhecerem.

Iniciamos a primeira oficina lançando algumas perguntas, e conversamos sobre o Seminário Municipal sobre Nasf que havia acontecido poucos dias antes e os profissionais nos disseram que o evento foi “bom mas não deu respostas sobre como vai ser em Vitória”. A ansiedade, pensei, é de todos. Ouvimos a história daquela unidade de saúde, uma das mais antigas de Vitória, contada por uma assistente social que trabalha na SEMUS, (que trabalha ali!), há mais de uma década. Quanta coisa aprendi ouvindo-a! Aquilo já valeu essa oficina! Ela lembra como foi o trabalho com as equipes e com a comunidade quando o Centro de Saúde, como era chamado, municipalizou-se, e de quando se transformou em Programa Saúde da Família e relaciona a implantação do Nasf com essas mudanças, dizendo que percebe esse movimento como a organização de um novo arranjo. Outra profissional complementa dizendo que tem apenas uma preocupação: conciliar as atividades que já executa (atendimentos individuais, basicamente) com as atividades do Nasf, ao que pontuamos os objetivos das oficinas, que ao nosso ver era construir essa transição. (Diário de campo, 10 de setembro de 2014).

No segundo momento da oficina, solicitamos que cada profissional falasse de seu percurso profissional, desde a escolha da profissão até o momento atual, através de um desenho que simbolizasse a sua relação com sua profissão.

Importante dizer que nessa oficina a médica ginecologista participou. A participação dos médicos ginecologistas estava facultada nesses encontros visto que os dirigentes da SEMUS não haviam definido sobre a inclusão ou não desses profissionais de apoio nas equipes Nasf. Reuniões com os profissionais deste núcleo de saber estavam acontecendo e a maioria deles afirmava que não queriam compor os Nasf, mantendo os processos de trabalho como estavam.

Mas naquela equipe Nasf essa profissional participou e, enquanto ela desenhava:

Pensei: “não é possível que ela está resumindo seu fazer ao útero! Qual tamanho será a dificuldade dela para compor o Nasf, rompendo com a lógica do especialismo?”. Mas para meu espanto – e alívio! - quando ela começa a falar de si e de seu desenho, diz que desenhou um coração para representar a relação de amor que tem pela medicina e pelo trabalho na atenção básica [...]. Quando chegou a minha vez, não pude deixar de falar disso antes de me apresentar e rimos brincando sobre nossa falta de habilidade para desenhar. No fundo, contudo, eu sabia que não era

apenas dessa falta de habilidade que eu ria aliviada. Acredito que ela também. (Diário de campo, 10 de setembro de 2014).

Foi um encontro emocionante, em que alguns de nós choramos ao ouvir e ao compartilhar nossas histórias uns com os outros. Também foi a chance de reconhecer que a oficina não servira apenas para que eles se conhecessem, mas também para que minha colega e eu, estrangeiras àquele grupo, nos apresentássemos. E comentamos sobre como trabalhamos uns com os outros, falamos tanto de escuta e acolhimento e tão poucas vezes paramos para conversar com os próprios colegas. Uma boa chegada.

No final da dinâmica foi feita reflexão sobre a relação da “obra” produzida com o trabalho no Nasf. A equipe apontou a possibilidade de compartilhamento, caminhar juntos, tanto com os colegas do Nasf, com a equipe da ESF e com os usuários e apoiadores institucionais. Manifestaram que o Nasf será construído com a “cara da UBS e que proporcionará maior leveza e significado ao trabalho desenvolvido (Memória da 1ª. oficina realizada na US, de 10 de setembro de 2014).

A segunda oficina começou com a leitura de um texto, após o qual discutimos especialmente a importância da articulação com outros pontos de atenção da rede e sobre como os casos de saúde mental na atenção básica ficavam muito voltados para o atendimento dos psicólogos e assistentes sociais, corroborando o que eu percebia como matriciadora do CAPSi.

Após essa discussão, propusemos que cada profissional escrevesse em tarjetas suas atividades do dia-a-dia no trabalho e as classificassem num mural que estava dividido em três partes: “O que eu faço individualmente”, “O que eu faço em dupla com colega que também está virando Nasf” e “O que eu faço com colega da equipe de saúde da família”.

E pudemos dialogar, então, sobre os processos de trabalho que, como a própria equipe daquele Nasf pontuou:

já tem muitas características de funcionamento de um Nasf. De fato, muitas atividades são realizadas por alguns profissionais de apoio com colegas das equipes de referência. Contudo, a articulação entre os profissionais de apoio é escassa, ficando restrito a poucas categorias profissionais (psicóloga, fonoaudióloga e assistente social,

principalmente). É interessante marcar que, nesse dia, o farmacêutico se reconheceu como trabalhando isoladamente, enquanto a ginecologista reconheceu que há ações que ela pode potencializar de maneira a caracterizar/fortalecer como ação de matriciamento (Memória da 2ª. oficina realizada na US, de 17 de setembro de 2014).

Devido a agendas da GAS, no dia 24 de setembro não pudemos participar da reunião da equipe Nasf, mas pactuamos com os profissionais que eles se reuniriam ainda assim para estudar e discutir material sobre o Nasf. Na outra semana:

A terceira oficina iniciou com a dinâmica do “João Bobo”. Nessa dinâmica, uma pessoa deveria ir para o centro do círculo e “se jogar”, enquanto os demais colegas apoiam, seguram, evitam que caia. As pessoas manifestaram certo desânimo e constrangimento com a tarefa e uma das profissionais, alegando que a atividade proposta era íntima demais, recusou-se a participar (mas não conseguiu se retirar do círculo). Houve um constrangimento mas começamos a atividade ainda assim. A dinâmica durou poucos minutos e apenas as assistentes sociais foram para o centro do círculo para serem o “João Bobo!”

Discutimos, então, o propósito dessa dinâmica. Foi pontuado por uma profissional sobre a colega que não quis participar “que ela é sempre assim. Tem coisas que a gente sabe que por mais que ela não queira, a gente acaba podendo contar com ela, porque ela faz parte dessa equipe”. E conversamos sobre como é um grupo que funciona como equipe: “quando você não está dando conta, passa para o outro para ele te ajudar a dividir o peso”. E a discussão da dinâmica tornou-se, ao contrário do que a dinâmica fez pensar, bem interessante, levantando aspectos importantes sobre o trabalho em equipe.

No segundo momento da oficina, os profissionais, que deviam escolher uma dentre as atividades do mural feito na oficina anterior para discutirmos como ela seria na perspectiva NASF, acabaram apresentando o caso que apareceu durante a reunião de equipe NASF da semana anterior, contando como procederam a discussão do caso e os encaminhamentos, com um importante envolvimento do profissional farmacêutico, que até então se reconhecia como isolado na farmácia. Esse fato deu oportunidade de a dupla do grupo condutor apontar aspectos importantes sobre os processos de trabalho e os aspectos da lógica do NASF que estavam cada mais aparecendo no dia-a-dia, como a chegada do caso até a equipe NASF e a importância de dividi-lo com a equipe de referência.

Esse encontro foi muito bem avaliado pelo grupo de profissionais. Disseram que foi “esclarecedor”, “produtivo”, “está aqui (US) para lá (gestão); nós estamos sendo ouvidos”, apontando que “protocolos têm que ser reinventados” e que o encontro fez pensar que a farmácia tem um papel fundamental de “retaguarda quando tem olhar atencioso” (Memória da 3ª. oficina realizada na US, de 01 de outubro de 2014).

A última oficina dedicava-se a uma discussão sobre o papel do Nasf no território e tivemos, assim, a apresentação do diagnóstico situacional elaborado pelo diretor da Unidade de Saúde num curso de gestão que a ETSUS vinha

realizando com todos os diretores de serviço da rede. A apresentação gerou discussão sobre a história do bairro, que nasceu de um lixão a beira do mangue, sob o qual casas de palafita se suspendiam.

Discutimos também a responsabilidade sanitária da unidade de saúde e os principais problemas do território, onde situações como violência e tráfico de drogas, doenças crônicas (como diabetes, hipertensão e transtornos mentais) e doenças infectocontagiosas perfazem um complexo panorama de morbimortalidade. E os profissionais da equipe, em especial o profissional médico, que ainda participava das reuniões, falam de sua relação com os médicos das equipes de referência: “eles precisam se adaptar e entender que o médico da família é generalista e tem que passar para o especialista somente o que não for rotina de acompanhamento ginecológico” (sic) e buscamos relacionar e debater essas ideias a partir da perspectiva de como o Nasf poderia contribuir. Ao final do encontro, pactuamos as atividades que o Nasf deveria realizar nas reuniões semanais enquanto durasse a formação na ETSUS, conforme planejamento do grupo condutor:

1) Leitura e estudo do Caderno de Atenção Básica n. 39; 2) leitura do texto “A produção imaginária da demanda”; 3) organização da reunião semanal do Nasf com participação de todos os componentes da equipe; 4) organização dos registros dessas reuniões; 5) organização da coordenação da reunião do Nasf; 6) aproximação do Nasf com as eSF; 7) ampliação do diagnóstico local; 8) elaboração do Mapa de ações que ocorrem na UBS; 9) apresentação do Nasf para as eSF pela própria equipe Nasf; 10) organização da agenda dos profissionais na lógica do Nasf; 11) critérios para acionamento do Nasf pela eSF (Memória da 4ª. oficina realizada na US, de 01 de outubro de 2014).

Ponto 06 – Dos encontros, os nossos encontros

De como o grupo condutor se envolve

Nesse processo e se

Transforma em apoio [do apoio]

No grupo condutor, dividimo-nos em duplas para realizar os quatro encontros com os profissionais de apoio que comporiam cada Nasf, de modo que o

processo de implantação de cada equipe fosse local, singular e conduzido por uma dupla de referência para a equipe que se constituía.

Tentamos garantir uma agenda própria do grupo condutor, na qual, semanalmente, após cada oficina local, pudéssemos compartilhar as nossas experiências. Nossas pautas eram organizadas de modo que no primeiro momento da reunião discutíamos os processos locais, e construíamos juntos estratégias singulares para cada equipe Nasf que começava a nascer, podendo perceber desde aquele momento as diferenças entre uma equipe e outra - algumas duplas do grupo condutor acompanhavam Nasf em que a resistência dos profissionais parecia maior que naquele que minha dupla e eu fazíamos as oficinas. Ou alguns processos de trabalho que estavam organizados de modo que os profissionais de apoio não se relacionavam entre si ou com outros profissionais da unidade de saúde e estavam isolados dentro do consultório, recebendo encaminhamento dos próprios colegas de trabalho, ou sendo a porta de entrada para muitos casos relacionados à violação de direitos, de saúde mental ou de crianças com dificuldade de aprendizagem. E nos perguntávamos:

[...] como romper com o paradigma biologicista, médico-centrado, dos especialismos? Como sustentar uma nova lógica, uma nova forma de pensar, de agir, de organizar os processos de trabalho na perspectiva de um novo modelo de saúde? (Diário de campo, 01 de setembro de 2014).

Também debatíamos em nossas reuniões os cinco encontros de formação que iriam acontecer seguidamente às oficinas locais, e participamos ativamente do planejamento pedagógico dessa capacitação³¹ junto ao profissional da ETSUS que compunha o grupo condutor.

Por fim, refletíamos e construíamos estratégias sobre diferentes situações que nos atravessavam e influenciavam no processo de implantação dos Nasf. Foram muitas as reuniões em que precisamos debater a inserção dos médicos ginecologistas no Nasf. Como já mencionado, a participação desses profissionais nas oficinas locais era facultativa, pois ainda não havia sido tomada a decisão sobre a inclusão desse núcleo de saber nas equipes. E apenas em uma das oficinas locais havia participação desse profissional.

³¹ Sobre os encontros formativos ocorridos na ETSUS-Vitória falaremos mais na próxima composição.

Em vários momentos, numa tentativa de dar encaminhamento a esse ponto, dirigentes da SEMUS foram convidados a participar da reunião do grupo condutor. Nessas reuniões, definíamos ora por levar esta pauta para as instâncias decisórias da secretaria, e até mesmo para a Procuradoria Geral do Município, ora por debater com esse conjunto de profissionais sobre sua inserção no Nasf.

Por qual motivo com uns se discute e a outros apenas se informa sobre sua inclusão na equipe Nasf? O que faz com que haja tamanha diferença na tratativa entre o nível central e um coletivo de profissionais ou outro? Na reunião com componentes do grupo condutor, esses profissionais se recusaram a compor as equipes Nasf “porque os médicos de família não querem fazer consultas compartilhadas”, foi o que disseram. Os médicos de família preferem encaminhar aos especialistas. Seria esse o motivo para afirmarem de maneira contundente que não iriam compor o Nasf? Ora, se é apoio matricial o que os profissionais médicos ginecologistas fazem na atenção básica, como se diz ser, por que não fazer isso em equipe? Sabemos todos da dificuldade em se contratar médicos para trabalhar no SUS. Vários são os processos seletivos abertos em que não há inscrição de nenhum profissional, ou nos quais aqueles que passaram simplesmente não assumem os cargos. Mas seria por receio da exoneração em massa desses profissionais que não se toma decisão sobre sua inclusão ou não no Nasf? (Diário de campo, 25 de agosto de 2014).

Após as cinco semanas em que os quatro primeiros Nasf se reuniam na ETSUS para a formação, retomamos as oficinas locais. As mesmas duplas, nas mesmas equipes.

Havíamos pactuado com os dirigentes da SEMUS e com os gestores locais que toda reunião da equipe Nasf em que a dupla do grupo condutor fosse participar, os diretores das unidades de saúde também deveriam estar, posto que seriam reuniões de tomada de decisão: configuração das agendas, discussão sobre as atribuições de cada profissional na unidade de saúde e também na equipe Nasf, entre outras pautas.

Previmos de quatro a cinco oficinas locais para essas pactuações, de modo a efetivar a implantação do Nasf, imaginando que, assim que elas se dessem, o Nasf estaria implantado, operando na lógica do apoio matricial. Também imaginamos que assim que terminássemos esse processo com as quatro primeiras equipes, repeti-lo-íamos com as outras quatro equipes que seriam implantadas em 2015 e teríamos os oito Nasf implantados. Nossa ideia era de

que após esse processo, o grupo condutor se dissolveria e o acompanhamento das equipes ficaria a cargo das referências técnicas da equipe de Coordenação da Atenção Básica.

Ocorre que quando retomamos as oficinas locais, encontramos uma série de dificuldades, que iam desde a necessidade de discutir mais e melhor alguns processos instituídos nos serviços (como a suposta obrigatoriedade de o farmacêutico não se ausentar da farmácia da unidade de saúde, ou a porta de entrada aberta ao assistente social ou ao psicólogo), como a importância de apoiar as equipes Nasf na discussão sobre as mudanças nos processos de trabalho junto às equipes de saúde da família.

A quinta oficina seguiu objetivo e roteiro de atividades a serem pactuadas, previamente estabelecidos pelo grupo condutor. Estavam presentes os profissionais do Nasf e o diretor da US. Atividades a serem pactuadas: Leitura/estudo do Caderno de Atenção Básica nº. 39, sobre NASF: O diretor providenciará cópia para cada membro da equipe NASF. Será feita leitura individual e discussão no grupo. Foi sugerido pelos presentes que os temas a serem estudados no Caderno tenham sincronia com as etapas de implantação do NASF. Leitura do texto “A produção imaginária da demanda”- Foi encaminhado por e-mail para o Diretor, que já providenciou cópia para todos. A equipe fará a leitura e a discussão ocorrerá na oficina de janeiro. [...] Reuniões semanais do NASF: O espaço já está garantido nas agendas dos profissionais: quartas-feiras, de 8h às 10h. Após 10 reuniões realizadas, observaram que houve aproximação entre os membros da equipe. Registro das reuniões: Já foi implantado livro ata e lista de presença. Haverá rodízio entre os profissionais para fazer o registro. Coordenação das reuniões: [profissional] foi definida como primeira coordenadora das reuniões do Nasf. Haverá rodízio para essa função. Sugerido prazo de 6/6 meses, cuja função é organizar a pauta, fazer a ata, atualizar os membros da equipe sobre informações necessárias, entre outras. Aproximação da equipe NASF com as eSF: já foram feitas algumas discussões de caso. Também já foi feita uma organização prévia dos membros do Nasf para acompanhar as reuniões de equipe da ESF [...] buscando garantir que esse apoio seja dado em dupla. Diagnóstico local: Já foi feita discussão pela equipe e iniciada a complementação do diagnóstico existente na UBS. A enfermeira ajudou a equipe Nasf a fazer o levantamento na Rede Bem-Estar para complementar o diagnóstico. O Nasf dará continuidade à revisão do diagnóstico local, considerando as sugestões da dupla grupo condutor. Elaboração do mapa das ações que acontecem na UBS: essa atividade foi iniciada no segundo encontro (17/09/2014). A equipe ficou de rever, complementar e digitar. Apresentação do NASF para as eSF, organização da agenda dos profissionais e construção de critérios para acionamento do NASF pelas eSF: A equipe elaborará proposta, que será discutida com o Grupo Condutor a partir da reunião de janeiro/2015. Organização da agenda dos profissionais: a dupla do grupo condutor informou que será realizada a discussão por núcleo de saber, no primeiro semestre de 2015, o que subsidiará as discussões em nível local. A equipe informou que foi feito levantamento da realização de exames preventivos de câncer do colo de útero por microárea. Essa ação visa atender as mulheres que ainda

não realizaram o exame e convidá-las para compareçam à UBS para esse atendimento. A ação foi coordenada pela médica ginecologista e envolveu uma das enfermeiras da ESF e os ACS. Foi apontada pela profissional de educação física na saúde a necessidade de discussão da relação do Nasf com a Academia da Saúde, também em processo de implantação. Ao final da oficina foi feita avaliação do processo de implantação do NASF na UBS, considerando todas as etapas: oficinas, capacitação e este último encontro. A equipe falou do início, quando havia ansiedade em relação à proposta, e o amadurecimento pelo qual a equipe passou, o que levou à segurança. Apontaram que estavam mais “na teoria” e à medida que entraram na prática foi ficando perceptível o que precisam aprimorar. O desafio foi encarado e deve permanecer como forma de estimular o trabalho. Foi destacada a importância do grupo, que ajuda a fortalecer a caminhada. A médica ginecologista falou de sua preocupação com a agenda, que é a única de sua categoria que está inserida nas atividades do Nasf e que quer continuar a fazer colposcopia (Memória da 5ª. reunião da equipe Nasf, de 15 de dezembro de 2014).

No encontro seguinte, em 28 de janeiro de 2015, retomamos as atividades que ainda não haviam sido concluídas e a equipe resgatou conosco as últimas reuniões do Nasf, nas quais discutiram a importância de:

“rever as ações do PSE³² e Bolsa Família, que ficam muito concentradas com as assistentes sociais. [E na semana seguinte] reflexão sobre as formas de relação do trabalho com o usuário e hierarquia entre os serviços; a demanda chega para determinados profissionais e é conservadora; relação do Nasf com as eSF e CAPS; ideia da oferta de procedimento como solução imediatista para as questões. A discussão do caso possibilitou à equipe fazer articulação com as questões apontadas no texto. [...] Quanto à apresentação do Nasf às eSF, o grupo discutiu previamente e concluiu sobre a necessidade de que a GAS esteja presente nesse momento e faça a apresentação, por se tratar de uma nova estratégia. Já foi falado sobre o Nasf no Colegiado Gestor da UBS. Após discussão foi sugerido que a apresentação se dê nas reuniões de cada equipe da ESF” (Memória da 6ª. oficina, de 28 de janeiro de 2015).

Quando, contudo, retornamos e nos reunimos no grupo condutor, notamos que o processo havia se encarregado de produzir discussões e processos muito singulares em cada equipe. Enquanto umas já tinham se organizado e já estavam acompanhando as equipes de saúde da família, outras ainda discutiam qual era a importância de haver uma reunião semanal da equipe Nasf. Enquanto umas equipes já discutiam caso e pensavam processos, outras ainda diziam que precisavam compreender melhor o que é o Nasf.

³² PSE = Programa Saúde do Escolar

Uma semelhança, entretanto, havia entre as equipes: todas pediram para que as duplas do grupo condutor estivessem com elas no momento em que fossem apresentar os Nasf para as equipes de saúde da família.

E assim fizemos: organizamo-nos junto aos Nasf para apresentar esse arranjo em cada uma das equipes de saúde da família apoiadas, construindo junto com elas a apresentação e dividindo-nos para falar.

Como cada equipe Nasf estava nesse processo a seu tempo, e nos apontavam que nossa presença era se não fundamental, ao menos importante para dar continuidade na transformação das práticas e dos processos, definimos que nosso acompanhamento iria continuar. Nesse momento, deixamos de ser um grupo de trabalho e passamos a ser um grupo condutor.

Amarração conceitual – Processos de trabalho em saúde, análise da atividade e a função apoio

Como já apontamos, após receber a demanda de implantar o Nasf em Vitória, técnicos da Gerência de Atenção à Saúde verificaram em que unidades de saúde o conjunto de profissionais de apoio existentes reunia as condições, com relação a sua carga horária e lotação, para atender às exigências das portarias e compor Nasf.

Porém, essa verificação dos aspectos formais não foi o mais importante neste trabalho pois, uma vez que essa encomenda foi levada para a Gerência de Atenção à Saúde, ela fez aquecer o dia-a-dia do trabalho, criando em muitos dos técnicos euforia, ansiedade, dúvidas, expectativas. Produzimos diversos momentos de debate (formais e informais) sobre a implantação dos Nasf em Vitória, e quanto mais conversávamos, mais nos parecia que organizar os aspectos estruturais dos Nasf (como calcular carga horária dos profissionais para compor uma equipe Nasf ou definir quais unidades de saúde seriam apoiadas por elas) era insuficiente para que o Nasf pudesse, de fato, acontecer.

A primeira estratégia que construímos em busca da efetiva implantação do Nasf foi a constituição de um GT que construiu e executou um cronograma inicial de ações

imaginando, naquele momento, que teríamos os Nasf implantados e operando após a sua conclusão.

A princípio, esse GT se dissolveria após a conclusão do processo de implantação dos Nasf que fora planejado, e o acompanhamento das equipes, tal como ocorre com outras equipes na SEMUS, ficaria a cargo da coordenação da atenção básica.

A partir dessas ideias, muitas vezes nos interrogamos sobre a necessidade de se organizar uma área técnica do Nasf, a qual seria responsável pelo acompanhamento das equipes quando o cronograma de ações de implantação do Nasf fosse concluído e o GT dissolvido. A ideia de que seria necessário haver uma área técnica do Nasf, aliás, reverberou em várias reuniões do GT, nas quais ratificávamos essa necessidade, dada uma certa percepção de que os Nasf precisariam de acompanhamento em suas ações após o encerramento das oficinas locais previstas.

Discutimos essa possibilidade com os dirigentes da SEMUS em meados de 2014 e naquele momento ficou definido que haveriam duas referências técnicas para o Nasf compondo a equipe da Coordenação da Atenção Básica (CAB), mas uma área técnica própria não seria constituída.

Assim, o acompanhamento das equipes Nasf após sua implantação ficaria a cargo da Coordenação de Atenção Básica, referenciado a essas duas profissionais. Além disso acordamos que o GT do Nasf continuaria se reunindo após a execução do cronograma inicial de implantação do Nasf para junto com a dupla de referência técnica, planejar e implantar instrumentos de monitoramento e avaliação dos Nasf em Vitória.

Já apontamos, também, que a inserção dos profissionais de apoio na atenção básica em Vitória, dada antes mesmo da criação dos Nasf, esteve bastante relacionada a programas específicos, para apoiá-los. As práticas desses profissionais de apoio eram prescritas pelos programas ou áreas às quais esses profissionais estavam mais ou menos vinculados.

Conversando com Schwartz e Durrive (2007) consideramos chamar de trabalho prescrito a esta atividade pensada teoricamente, descrita e apresentada aos profissionais, com objetivo de predeterminar o fazer de cada trabalhador. Observamos com esses autores que há sempre uma distância entre o trabalho prescrito e a realidade desse trabalho, posto que o trabalho real (ou seja, aquilo que o trabalhador

realmente faz enquanto realiza a atividade de trabalho) se constitui a partir de diferentes elementos, em especial o próprio trabalhador, o meio e a relação entre a atividade e os valores em jogo em sua realização (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 42).

Essa distância é sempre imprevisível, porquanto é parcialmente singular. Além disso, ela remete a um debate de normas, pois há sempre valores em jogo na atividade, os quais se mostram perceptíveis nas escolhas feitas pelos profissionais, pelas equipes. É por isso que Schwartz afirma que “trabalhar é gerir” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 68).

No campo da saúde, esse debate de valores se intensifica na medida em que “o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados” (MERHY, 2014, p. 69). Desse modo, torna-se importante analisar, portanto, quais racionalidades e intencionalidades estão em jogo e como elas vão constituindo um certo modelo de atenção à saúde.

Merhy (2003b) afirma, nesse sentido, que na produção da saúde, para além do lugar das tecnologias mais estruturadas (como os instrumentos e o conhecimento técnico), o lugar das relações é fundamental para a produção do cuidado.

Estas relações podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, estas podem se dar como relações interseçoras³³ estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde. [...] Como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado (MERHY, 2003b).

A cada reunião do grupo condutor que se dava após as oficinas locais percebíamos e podíamos discutir a multiplicidade das práticas dos profissionais de apoio da atenção básica em Vitória, pois elas constituíam-se, dentre outros fatores, também devido às características do território de saúde onde cada um desses profissionais trabalhava, tornando-as bastante heterogêneas entre si: umas mais outras menos distantes do trabalho prescrito pelas áreas ou programas a que estavam

³³ Neste texto, Merhy (2003) explica, na nota de rodapé, o sentido dado à palavra interseçora: “*designar o que se produz nas relações entre ‘sujeitos’, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os ‘dois’ em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro.*”

vinculados. Umas mais outras menos alinhadas aos modelos de atenção à saúde que buscam romper com o modelo hegemônico.

Também foi possível verificar que, por mais que algo de fato coincidisse com o que ouvíamos dos profissionais da Unidade de Saúde, os “diagnósticos” sobre a atenção básica que realizamos isoladamente na Gerência de Atenção à Saúde ou no encontro com os apoiadores institucionais de modo algum seriam capazes de mostrar aquilo que somente os profissionais de cada serviço eram capazes de conhecer sobre ele.

Como já foi dito, no processo de implantação do Nasf em Vitória – ES, foram diversos os momentos em que ouvimos das equipes que já não se fazia saúde da família nos territórios. Isso é o mesmo que dizer que por mais que os modelos de atenção remetam às combinações tecnológicas e a um certo modo de dispor os meios técnicos-científicos existentes para intervir sobre os riscos e danos à saúde (PAIM, 2008, p. 551), nem sempre as práticas em saúde estão alinhadas a eles.

Essa observação nos leva a pensar que há uma inseparabilidade estrutural, funcional e processual entre o espaço geográfico e as pessoas que nele habitam ou trabalham. Nesse sentido, a noção de território como um objeto vivo, dinâmico e repleto de inter-relações se torna um elemento central tanto para analisar as práticas profissionais como para reorientar as concepções sobre espaço e saúde no âmbito da saúde coletiva.

Conversando com o geógrafo Milton Santos, podemos descrever o território como um “conjunto indissociável do substrato físico, natural ou artificial, e mais o seu uso, ou, em outras palavras, a base técnica e mais as práticas sociais, isto é, uma combinação de técnica e política” (SANTOS, 2002, p. 87). Assim, a “ideia de território transitaria do político para o cultural, das fronteiras entre povos aos limites do corpo e ao afeto entre as pessoas” (LIMA; YASUI, 2014, p. 597).

Isto posto, vamos reconhecendo que toda atividade de trabalho é singular, mas também social, havendo sempre uma dimensão de protocolo e uma dimensão de ressingularização das normas colocadas na dimensão protocolar, ao que Schwartz e Durrive (2007), chamam, respectivamente, de registro Um (ou trama) e registro Dois (ou urdidura). Vamos reconhecendo que há uma série de questões que atravessam o cotidiano dos serviços, que agenciam os atos profissionais para modos ora mais ora menos privatizantes das ações em saúde, mesmo dentro da estratégia de saúde da família.

Por que os profissionais de apoio e também os apoiadores institucionais nos diziam que não mais se fazia saúde da família? Por que tantas vezes apontavam como os processos de trabalho se organizavam de modo que eles atuassem como especialistas na atenção básica, para quem os casos eram encaminhados dentro da própria unidade de saúde?

PAIM (2008, p. 552) afirma que para entender um modelo de atenção, intervir sobre problemas e atender as necessidades de saúde é importante considerar as “práticas de saúde, com ênfase na sua dimensão técnica, meios de trabalho (saberes e instrumentos) que permitem a articulação de tecnologias e o trabalho propriamente dito (atividades)” (PAIM, 2008, p. 552). No planejamento realizado pelo grupo condutor buscávamos considerar o saber dos profissionais de apoio-futuros Nasf por entendermos que o conhecimento de cada um deles sobre o território e a população adscrita, bem como sobre os processos de trabalho instituídos em cada unidade de saúde seriam imprescindíveis de considerar no processo de implantação de cada Nasf.

Segundo Schwartz e Durrive (2007) analisar a atividade de trabalho é se confrontar com o enigma colocado pela distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, considerando, então, a dialética do uso de si, ou seja, “a maneira singular pela qual os homens e as mulheres fazem uso deles próprios em função deles próprios e daquilo que os outros lhes demandam” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 70).

Todo ato, mesmo o mais simples, é num primeiro momento, um uso de si por si mesmo e este uso é sempre absolutamente singular. Não existem duas pessoas, não existem dois momentos, para uma mesma pessoa, em que o uso de si por si seja idêntico. [...] Todo ato de trabalho é, portanto, uso de si por si. Mas, além disso, ele é uso de si pelos outros (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p 69-70).

Para conhecer a articulação entre trama e urdidura, e analisar a atividade de trabalho dos profissionais da atenção básica, o grupo condutor de implantação do Nasf se propôs estar “do lado e ao lado dos operadores” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 71), pois somente assim poderia iniciar uma discussão sobre mudanças nos processos de trabalho, conduzindo junto com os profissionais os processos a práticas mais relacionadas a ideia de apoio matricial.

É essencial, para esses autores, verificar de perto o modo como ocorre um processo de trabalho pois para que as pessoas sejam capazes de mudá-lo (e de

mudar), é preciso criar condições que lhes permitam mudar. Colocar-se do lado e ao lado dos trabalhadores, colocar os verdadeiros problemas, construindo as questões a partir da atividade, e negociar as soluções, interpelando a “governança do trabalho, ou seja, os processos de decisão, de concepção, de organização, de formação, etc.” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 60).

Buscar entender como os processos de trabalho vinham se dando também foi uma preocupação do grupo condutor, considerando os fazeres instituídos para a partir deles construir com as equipes as transformações necessárias para alinhar o trabalho.

Se não se faz um esforço de ir ver de perto como cada um não apenas “se submete” – entre aspas – mas vive e tenta recriar sua situação de trabalho, se não se faz esse esforço, então interpreta-se, julga-se e diagnostica-se no lugar das próprias pessoas e isso não pode produzir resultados positivos (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 26).

É nesse sentido que pensamos que tivemos como principais efeitos das primeiras oficinas a construção de uma relação inicial entre os profissionais daquele Nasf entre si e com a dupla do grupo condutor, diminuindo o desconforto inicial do primeiro encontro com esses profissionais, ocorrido meses antes e manifestado (ou percebido) como uma resistência à implantação do Nasf.

A necessidade de estar junto com os profissionais de apoio nesse processo foi se constituindo como uma necessidade para os componentes do grupo condutor, mesmo que tivéssemos saído do primeiro encontro o com a sensação de que não nos queriam ali, junto com eles. Ou de que eles não queriam estar ali.

Como afirma Nouroudine (in SCHAWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 119):

Não penso que haja uma situação na qual se possa dizer que as pessoas em situação de trabalho se recusam a mudar. Na maioria das vezes, quando um problema desta ordem se coloca, não se trata realmente de reusa à mudança enquanto tal mas, sobretudo, de certas condições, de certas modalidades de mudança. O problema é o modo como a mudança é conduzida, as condições nas quais ela deve se realizar. (SCHAWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 119)

Considerando, então, que “falar de resistência à mudança é esquivar-se das verdadeiras questões que essa mudança representa” (SCHWARTZ, DURRIVE, 2007, p. 50), refletimos se a “resistência” (se é que podemos chamar assim) dos profissionais de apoio que nos repeliu, nos rechaçou nesse encontro seria um modo de manifestar rejeição ao modo como o processo de implantação do Nasf estava sendo conduzido até ali ou seria a manifestação de insatisfações que não

conseguiríamos sequer imaginar. Do que se tratava aquilo que nos afetou a ponto de sairmos exaustos desse encontro e de tomar a maior parte da reunião seguinte do grupo condutor?

Com exceção da reunião geral que ocorreu antes do início das oficinas locais, que foi bastante difícil para o GT do Nasf, dado os questionamentos que sofreu, os profissionais de apoio não participaram do processo de implantação do Nasf. Percebemos que estava operando uma lógica do “Tudo sobre eles, sem eles”.³⁴ O nosso trabalho no nível central, posto dessa forma, representava que normas e valores, afinal?

Todo planejamento que fizemos no grupo condutor, a partir da sua criação como GT, foi tentando possibilitar que esse processo fosse construído de modo compartilhado com os profissionais das futuras equipes Nasf. Tínhamos a expectativa, de que com esse encontro poderíamos demonstrar isso aos profissionais de apoio. Contudo, logo sentimos que ele foi insuficiente, apontando-nos uma dimensão importante desse processo da qual precisaríamos cuidar, cultivar para que acontecesse: a construção de uma relação de confiança entre os profissionais de apoio e os profissionais do grupo condutor.

Na fase do processo de implantação dos Nasf em que ainda trabalhávamos isolados no nível central, éramos incapazes de reconhecer os efeitos da decisão pela implantação dos Nasf sem a participação dos profissionais de apoio. Campos (1999, p. 395) afirma que “um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende a estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos trabalhadores”.

A última fase (planejada) de implantação do Nasf foi a segunda etapa das oficinas, na qual organizamos o retorno das duplas do grupo condutor aos Nasf onde fizeram as primeiras quatro oficinas. Como já apresentado, estavam programadas mais quatro a cinco oficinas locais que teriam como objetivos voltar-se aos processos de trabalho existentes e planejar ações para transformação dos processos, organizando-os dentro de uma perspectiva de apoio matricial às equipes de saúde da família.

Foi nessa fase que sentimos que nossa percepção de que as equipes Nasf precisariam de acompanhamento e apoio nas ações do Nasf após encerramento das

³⁴ Parafraseio o lema da Luta Nacional das Pessoas com Deficiência: “*Nada sobre nós sem nós*”.

oficinas estava certa. E que a relação que havíamos constituído entre nós e com o processo, bem como a relação que estava se constituindo com os profissionais, não nos permitia deixá-lo assim.

Iniciávamos um trabalho artesanal, um tecer nos quais se cruzam os fios da urdidura – previamente colocados no tear, com os fios da trama, que se entrelaçam por meio de uma navete³⁵. E assim como na tecelagem o ritmo desse entrelaçamento determina categorias particulares de tecidos, na atividade de trabalho, a articulação entre trama e urdidura produz diferentes modos de trabalhar. Ou seja, cabe pensar que também o trabalho pode se desenvolver a partir de diferentes “modos de inventividade humana, ligados a valores que mobilizam as pessoas para encontrar maneiras de gerir estas articulações entre trama e urdidura” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 109).

Sendo assim, pareceu-nos evidente que o GT do Nasf se diferenciava dos demais grupos de trabalho existentes na SEMUS. Esses outros grupos de trabalhos estavam empenhados em diferentes tarefas, como construir as diretrizes da Avaliação Inicial na Atenção Básica, as diretrizes do matriciamento em Vitória, as diretrizes da composição da agenda dos profissionais da atenção básica, etc. Profissionais das diversas gerências da SEMUS compunham cada um desses grupos de trabalho, e em muitos havia também a participação de profissionais da ponta. Nenhum desses grupos de trabalho acompanhavam a implantação daquilo que propunham junto com as equipes. Essa era uma diferença.

Então, depois de cumprir o planejamento, reconhecemos junto com os profissionais dos Nasf que não estávamos prontos. A formação na ETSUS e essas poucas oficinas locais (naquele momento pareceu tão óbvio!) não tinham dado conta de transformar os processos instituídos.

Ora protagonistas, ora protagonizados, o processo de implantação do Nasf convocou o grupo condutor a estar junto com os profissionais da atenção básica em busca de criar condições que pudessem fazer o Nasf surgir e operar como dispositivo que ampliasse o cuidado na atenção básica, tornando-o mais resolutivo e integral.

Foi na construção de uma relação das duplas do grupo condutor com os profissionais do Nasf que surgiu a demanda de nos mantermos próximos, inaugurando um grupo instituinte, ou seja, um grupo capaz de rever e produzir novas formas de

³⁵ Navete é um instrumento em formato de régua, com reentrâncias nas duas extremidades. A lâ é enrolada na navete, de uma extremidade à outra, facilitando passar os fios da trama por entre as calas da urdidura.

organização, procurando constituir dispositivos e arranjos institucionais com o objetivo de garantir a “gestão democrática dos estabelecimentos de saúde, o acolhimento humanizado da clientela, o acesso a serviços resolutivos e o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários com a clara definição de responsabilidades “ (CARVALHO; CAMPOS, 2000, p. 508).

Falamos, então, da busca por modos de fazer em direção a um Modelo de Atenção em Defesa da Vida, que acrescenta aos princípios do SUS concepções que carregam importantes consequências operacionais:

a) a valorização de ações em microespaços, consideradas estratégicas para a mudança, sem com isso desconhecer-se o papel dos determinantes macroestruturais; b) o entendimento de que sem a participação dos trabalhadores não é possível haver mudanças no setor público de saúde; c) o resgate do usuário como sujeito da mudança, valorizando o papel do mesmo no dia-a-dia dos serviços de saúde, assim como em fóruns de deliberação coletiva, tais como os conselhos de saúde; d) a compreensão de que, se a demanda espelha, por um lado, a oferta de serviços e a ideologia/cultura dominante, por outro, ela traduz as aspirações da sociedade por novos padrões de direitos sociais, revelando elementos da subjetividade do usuário, devendo, portanto, ser criticamente incorporada ao processo de organização dos serviços de saúde; e) a necessidade de se reformular a clínica e a saúde pública com base nas reais necessidades dos usuários; f) a importância de se utilizarem, de maneira consequente e criativa, tecnologias disponíveis em outros projetos assistenciais (CARVALHO; CAMPOS, 2000, p. 508).

Podemos afirmar, então, que as mudanças propostas com a implantação do Nasf, não se tratam de ações burocráticas, sem sentido para seus executores, mas a consecução de um projeto definido consensualmente, que considera o saber constituído nesse coletivo. Não que se ignore e se busque outros saberes, mas que este esteja sempre orientado pelo que o coletivo institui como desejável para si, partindo de alguns pressupostos comuns.

Colocava-se, aqui, o desafio do qual não havíamos nos dado conta: o processo de implantação do Nasf não trazia a necessidade de transformar apenas os processos de trabalho da atenção básica. Convocava-nos a transformar os nossos próprios processos de trabalho, produzindo uma dobra no nosso fazer.

A condução do processo de implantação do Nasf nos colocou o desafio de repensar o nosso fazer e as nossas práticas enquanto técnicos do nível central e a nossa relação com a ponta. Além disso, com as reuniões que aconteciam entre as áreas técnicas e o grupo condutor, pudemos perceber a frágil ou inexistente articulação entre áreas técnicas da gerência, o que nos levou a refletir sobre o quanto

o nível central pode ser fragmentado, recortado por diferentes lógicas (como a lógica dos ciclos de vida ou dos graus de complexidade da atenção, por exemplo), que são expressões de diferentes modelos.

Apostávamos nesses encontros no território para a constituição da relação de confiança entre os profissionais de apoio e os componentes do grupo condutor. Assim, no grupo condutor, também estávamos gestando uma nova forma de trabalho. O que e como conduzir? Muitas foram as razões que nos mobilizaram, antes de tudo, na necessidade de constituição desse grupo. Como disse anteriormente, a mais evidente delas é o fato de que para nós não bastaria cadastrar os profissionais de apoio como Nasf para que eles se constituíssem como uma equipe, conquanto uma equipe de apoio matricial. Essa transformação, essa “reforma”, exigiria um processo. Processo que, ao nosso ver, precisaria ser cuidado, apoiado.

Mas será que estaríamos, então, propondo, a partir do grupo condutor, um certo tipo de apoio – para além do técnico - ao processo de implantação do Nasf em Vitória – ES? Um apoio a essas equipes nesse processo? Mas que tipo de apoio seria esse se não se tratava do apoio institucional e tampouco do apoio matricial? Qual era/é o lugar desse apoio no processo em que estávamos imersos? Estaríamos, nos encontros com as equipes Nasf, contagiando-as de uma certa “matricialidade³⁶”, apesar do nosso apoio não ser um apoio matricial?

No dia 01 de setembro de 2014 o grupo condutor discutiu sobre a importância de haver clareza sobre os rumos da atenção à saúde no município.

Discutimos sobre a importância de ter o gestor local ciente das mudanças nos processos de trabalho que a implantação do Nasf nos coloca. Contudo, perguntamo-nos “como sustentar a nova lógica?” (sic) de organização do processo de trabalho, sendo que paralelamente à implantação do Nasf, acontecem no município diversas outras ações que se relacionam, ao nosso ver, mais intimamente com outros modelos de atenção. “Em algum momento esses GTs todos.. nós.. nós vamos ter que falar com eles. Precisamos trabalhar para irmos todos na mesma direção”, diz uma colega referindo-se ao grupo de trabalho sobre agenda e ao grupo de trabalho sobre avaliação inicial nas unidades de saúde. Certos de que esses trabalhos poderiam produzir efeitos em direções divergentes, definimos que precisávamos discutir essas questões na secretaria, e quiçá, participar desses grupos para entender e participar da construção das diretrizes da agenda e da avaliação inicial na atenção básica (Diário de campo, 01 de setembro de 2014).

³⁶ Considerando “matricialidade” como uma certa potência de operar o apoio matricial, ao menos naquilo que diz respeito à dimensão técnico-pedagógica desse tipo de apoio.

Dessa maneira, entendemos o grupo condutor do Nasf como uma engrenagem entre a ponta e o nível central, na qual e a partir da qual se constituem práticas de apoio e de cogestão que podem se propagar pela rede. Um dispositivo que nos coloca ao lado e do lado dos profissionais da atenção básica, servindo de apoio para o apoio, com a finalidade de verificar de perto como ocorre o processo de transformação das práticas, reconhecendo que cada caso é único e que cada equipe é singular e traz consigo suas resistências, suas demandas, seus desejos e suas potências (SCHWARTZ, DURRIVE, 2007, p. 51), podendo, a partir da singularidade e temporalidade de cada equipe, construir estratégias também singulares que busquem dar conta de produzir processos de trabalho alinhados ao modelo de atenção em defesa da vida. E que, ao mesmo tempo, produz, instiga, convoca o nível central a repensar também as suas práticas, não apenas reivindicando dele coerência no que diz respeito aos modos de pensar e produzir, mas como parte dele, buscando entrar em acordo em relação ao modelo de atenção que se preconiza para o município.

Em direção ao nível central, assumimos as discussões sobre os modelos de atenção à saúde dentro da Secretaria Municipal de Saúde, (re) interrogando os processos de decisão na medida em que não respondemos às demandas que nos foram colocadas tal como elas foram construídas (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 61), de modo que se coloque em questão a hierarquia, que passa a não ser, então, sinônimo de poder.

Em direção à ponta pareceu imprescindível produzir junto com os profissionais do Nasf um lugar de onde eles possam ofertar *apoio* (matricial) às equipes de saúde da família. E foi essa necessidade de transformação das práticas que produziu no grupo condutor o anseio por rever a sua própria prática, ofertando-se e aceitando o convite para continuar acompanhando o processo de implantação do Nasf após o término da execução do cronograma de ações inicial. Acreditamos, assim, que fomos convocados enquanto grupo condutor a uma função de *apoio* às equipes Nasf que estavam se constituindo.

Consideramos importante, portanto, tomar essa “convocação-oferta”, como ponto de análise, a qual nos coloca a pensar sobre o apoio que efetuamos a partir do grupo condutor.

O grupo condutor responsabilizou-se pelo processo de análise e transformação dos processos de trabalho junto aos Nasf, unido em torno da aposta de que através da implantação dessas equipes seria possível operar mudanças na atenção básica,

pois esse dispositivo tem como premissas a liberdade, a autogestão dos processos de trabalho e o encontro entre profissionais (dos Nasf entre si e das equipes Nasf com as equipes de Saúde da Família. Nesse caso, ainda, dessas equipes com o grupo condutor), visando a cogestão da clínica e do trabalho.

Tomamos para o grupo condutor as tarefas de analisar com os profissionais de apoio o trabalho que vinha sendo produzido na atenção básica no município, visando potencializar movimentos instituintes de um fazer flexível e criativo, que despontem do encontro dos profissionais com as necessidades em saúde das pessoas ou do território, numa clara perspectiva de se fazer clínica ampliada.

Foi assim que resolvemos assumir outro nome. Ao invés de GT do Nasf passamos a ser nomeados por Grupo Condutor de Implantação do Nasf, ou, grupo condutor, como me refiro a este grupo neste texto.

Vale dizer que esse nome coincide, mas não se assemelha aos grupos condutores das redes de atenção à saúde. O grupo condutor do Nasf assume essa identidade pela afinidade com a ideia de conduzir que, segundo o dicionário, significa “*ir junto com*”, “*levar de um lugar para outro dando-lhe direção*”, ou ainda “*ser responsável por*”, “*acompanhar*”, “*guiar*” (Dicionário online, acessado em 28 de maio de 2016).

O grupo condutor responsabilizou-se por esse acompanhamento, então, junto às referências técnicas para o Nasf, unido em torno da aposta de que através da implantação das equipes Nasf seria possível operar mudanças na atenção básica, pois esse dispositivo tem como premissas a liberdade, a autogestão dos processos de trabalho e o encontro entre profissionais. Esses elementos, a nosso ver, podem ser capazes de agenciar os profissionais para um trabalho vivo³⁷ em ato, instituinte de um fazer em saúde produtor de cuidado, acolhimento e solidariedade (entre os próprios profissionais e com os usuários), que amplie as possibilidades para se alcançar a integralidade do cuidado e a superação do modelo biomédico.

Cunha (2004, p.174) afirma que a implantação de protocolos de atenção em saúde é “tanto mais eficaz (e menos sujeita a danos da ignorância intrínseca) quanto

³⁷ Trabalho vivo é o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado, pois, numa dimensão, vincula-se ao produtor do ato, o trabalhador, e à sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos. Há, ainda, uma segunda dimensão do trabalho vivo em ato que é a da “atividade como construtora de produtos, de sua realização através da produção de bens, de diferentes tipos, e que está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve, que necessidade satisfaz, que ‘valor de uso’ ele tem?)” (FRANCO; MERHY, 2009, p. 281).

menos variáveis houver no problema e quanto mais relevante for o plano biológico.” Nesse sentido, tais protocolos tornam-se relevantes na medida em que são formulados para guiar a intervenção sobre doenças. No entanto, entendemos que a atenção básica precisa ampliar seu cuidado, tomando a saúde das pessoas não apenas como a ausência de doença, mas a partir de toda complexidade que envolve suas vidas. Por isso, com a implantação do Nasf em Vitória, apostávamos na problematização/superação do trabalho burocratizado em agendas rígidas e em protocolos que não atendam – ou atendam de modo precário – a complexidade das situações que se apresentam na atenção básica.

Mais ainda, propondo-nos a realizar o percurso de implantação/constituição dos Nasf com os profissionais de apoio, buscávamos construir uma a uma de suas etapas de maneira compartilhada e singular, estabelecendo uma dimensão de cuidado para com esses profissionais e seus percursos de trabalho na atenção básica do município.

A propósito, o gerenciamento mais coletivo das organizações de saúde e os processos de trabalho cada vez mais compartilhados, que possibilitem o estabelecimento de vínculos e compromissos entre trabalhadores e desses com os usuários são apontados como modo de superar o modelo de atenção médico hegemônico (MERHY, 2014).

Campos (2014) afirma que o apoio não é um lugar estrutural específico e nos apresenta, didaticamente, ao menos quatro núcleos estruturais de onde se costuma realizá-lo:

- de um lugar de poder institucional: um dirigente (de organizações, equipes, movimentos, etc.) pode apoiar quem opera no cotidiano, desde que esteja em uma estrutura que pressupõe a cogestão. É evidente que a análise das implicações de um gestor com a instituição e com a política oficial é, em geral, grande, o que tende a posicionar esses atores sociais mais do lado da organização, do projeto institucional, do que dos trabalhadores ou usuários. De qualquer modo, todo sistema de cogestão condiciona o gestor a utilizar metodologias de apoio para viabilizar o governo;
- de um lugar de suposto saber e como alguém externo ao agrupamento: um especialista que é demandado em função de um conhecimento presumido (assessor, supervisor, alguém com domínio de um método, ou de alguma experiência prévia, analista ou apoiador institucional). O modo para se apoiar um grupo a partir desse lugar tem muitas semelhanças com a supervisão clínico-institucional utilizada em Saúde Mental;
- de um lugar de suposto saber e, ao mesmo tempo, de poder profissional (clínico, pedagogo, sanitarista, etc.) pode-se realizar práticas profissionais de maneira compartilhada com os usuários. Trata-se do uso da metodologia de apoio na relação clínica;
- de um lugar de paridade (suposta horizontalidade) no coletivo: um membro da equipe ou de uma área específica assumiria a função de apoiador Paideia

para seus pares. Aqui se trata do denominado apoio matricial (CAMPOS, 2014, p. 986).

Como já mencionado, o grupo condutor é constituído por técnicos de diferentes áreas técnicas da SEMUS, mas não há entre eles nenhum membro que tenha algum cargo ou função que lhe reserve algum poder institucional, hierarquicamente falando, diferente daquele que tem os profissionais da ponta, mesmo que se reconheça a diferença do papel institucional entre eles. Em certo sentido, poderíamos dizer que habitamos um lugar de paridade em relação aos profissionais de apoio que comporiam os Nasf? Não parecia ser esse o caso, pois sentíamos, grande parte do tempo, que os trabalhadores da ponta nos viam como os profissionais da gestão que dizem o que deve ser feito. Como dizer, se nem mesmo nós sabíamos? Era fato que estávamos ali para dizer que o Nasf *deveria* ser implantado. Por outro lado, se efetivamente tínhamos maior possibilidade de alcançar e discutir com instâncias hierarquicamente superiores as questões relativas ao processo de implantação dos Nasf, também nos colocávamos em relação de tensionamento com um modo hierárquico de gerir. O sentimento inicial era de desconfiança. Assim, mesmo não estando em um lugar de poder institucional, éramos atravessados pelo desafio de utilizar metodologias de apoio para viabilizar um governo cogestivo.

A nossa proposta de condução toma também, em grande parte, uma dimensão pedagógica e de formação (alinhamento teórico, capacitação, etc.), o que pretendemos discutir adiante. Cabe aqui apontar que, em certa medida, ocupávamos um lugar, em que o grupo condutor era colocado, de saber externo ao agrupamento que “conferia” a ele condições para implantar os Nasf. Porém, apesar de muitos dos membros desse grupo terem algum tipo de experiência com o apoio matricial a partir de outros serviços da rede³⁸, ou com o apoio institucional, e de terem estudado sobre o tema para iniciar o projeto de implantação do Nasf, nenhum deles tinha experiência com/(n) esse arranjo. Colocava-se, no entanto, o desafio de apoiar através do cultivo de uma relação de construção coletiva de saber?

Numa reunião do grupo condutor, compartilhei a impressão de que o nosso trabalho parecia conter um certo tipo de apoio que ofertamos ou fomos convocados

³⁸ O grupo condutor do Nasf teve diversas composições, com a entrada e a saída de muitos membros. Cinco profissionais mantêm-se nesse processo desde o início até o presente momento e, curiosamente, dessas cinco profissionais uma tem experiência com o apoio matricial a partir da implantação desse arranjo no Centro de Referência de Atenção ao Idoso (CRAI) e quatro a partir dos diferentes lugares de onde experimentaram o apoio matricial na saúde mental no município.

pelo nosso fazer a ofertar. Apresentei a ideia de Campos (2014) sobre os núcleos estruturais de onde partem o apoio e as minhas reflexões sobre o lugar de saber-poder que os membros do grupo condutor ocupam na instituição. A meu ver, não estávamos exatamente em nenhum desses lugares institucionais identificados por Campos, mas éramos marcados por traços de cada um deles. Além disso, a primeira oferta do apoiador é oferecer-se como apoiador (CAMPOS, 2013, p. 56). Fizemos, então, um pequeno debate sobre os núcleos estruturais, os lugares institucionais e os tipos de apoio citados, parecendo-nos que transitávamos entre eles dependendo da tarefa que realizávamos, o que embaralha e complexifica nosso trabalho e os desafios de apoiar. Nesse sentido, discutimos também que não seria possível definirmo-nos como apoiadores institucionais, tampouco como apoiadores matriciais, ou qualquer outro tipo de apoio definido de antemão.

Oliveira (2011, p. 52-53) nos apresenta diferentes experiências de apoio: aquelas em que o apoiador assume cargo formal de gestão, outras em que se aplica a metodologia do apoio para formação permanente de trabalhadores e gestores e ainda aquelas em que se “inscreve a ‘função apoio’³⁹ em diversos níveis da organização, sem com isso fixar um só lugar institucional do apoiador”. Relata que alguns municípios “incluíram nas atribuições de determinados atores estratégicos a função apoio para formulação, pactuação e implementação de projetos específicos de uma maneira mais coletiva e negociada” (OLIVEIRA, 2011, p. 54).

A inscrição dos profissionais do grupo condutor como apoiadores parece ser inédita nesse sentido, pois não foi um lugar dado de antemão, mas que nasceu a partir de um processo em curso e para dar continuidade a ele. É como se o lugar que ocupássemos, no processo de implantação do Nasf, fosse de uma engrenagem entre a Gestão e a ponta, em que parece que ora apoiamos um, ora apoiamos outro, atentos para que este processo não se sustentasse por práticas hegemônicas de gestão, verticalizadas entre o nível central e a ponta (mesmo que hajam aspectos verticalizantes nesse processo).

Consistindo em um grupo cujo objetivo é tornar o processo de implantação do Nasf em Vitória uma experiência compartilhada com os profissionais dessas equipes, dissolvendo as barreiras entre quem formula e quem executa as práticas, numa

³⁹ Nunes (2013) define a função apoio como o papel institucional exercido por um agente que assume o posicionamento estético, ético e político de acordo com uma metodologia de apoio.

expectativa de democratização, buscamos garantir a constituição de espaços coletivos onde ocorressem a tomada de decisão compartilhada sobre esse processo (dentro daquilo que fosse possível de acordo com os lugares institucionais que ocupamos) e a própria análise dele.

Antes, neste texto, destacamos a palavra apoio em cada uma das descrições da relação dos profissionais de apoio com os respectivos programas, chamando a atenção para o fato de que, independente do programa a que se relacionava, a inserção dos profissionais de apoio na atenção básica tinha intrínseca e nominalmente a perspectiva de apoiar. Mas a própria concordância do verbo indica que é preciso complementá-lo para compreender o seu sentido. O que se apoia? Ou, nesses casos, que tipo de processo de trabalho se apoia?

A meu ver, as atribuições conferidas aos profissionais de apoio pelos protocolos que guiavam suas práticas, por mais que contemplassem uma ideia de apoio a esses programas, pareciam estar mais relacionadas à produção de um cuidado em saúde centrado no modelo médico hegemônico, o que contribui para um agenciamento dos processos de trabalho que limita o fazer do profissional ao seu núcleo de saber e distancia esses profissionais de apoio de uma função apoio efetiva.

Uma vez que havíamos proposto construir com os profissionais da ponta e acompanhar o processo de constituição das equipes e de transformação do trabalho para a lógica do apoio matricial no nível local, demo-nos conta que o nosso próprio trabalho não se encerraria depois da última oficina realizada no local. Isso é o mesmo que dizer que estávamos começando um trabalho junto às equipes no qual os primeiros passos estavam propostos, mas éramos incapazes de planejar o seu fim.

Nos encontros estabelecidos entre os profissionais do grupo condutor e os profissionais da atenção básica, muitas vezes discutimos esses aspectos do processo de trabalho dos Nasf, especialmente porque algumas categorias profissionais, como o assistente social e o psicólogo, em muitas unidades de saúde, tinham a agenda “aberta”, ou seja, marcavam-se consultas e atendimentos diretamente com esse profissional, sem necessariamente haver o acompanhamento pela equipe de referência. Havia preocupação por parte desses profissionais sobre a diminuição do acesso, caso não fosse possível agendar diretamente para eles.

Além disso, outra característica importante do Nasf é a necessária disponibilidade para dar suporte às equipes de saúde da família em situações imprevistas, não se restringindo à demanda previamente negociada e agendada. Este

aspecto é claramente colocado como diretriz desse dispositivo, o que nos leva a um ponto crucial da organização dos processos de trabalho: a imprescindível flexibilização das agendas dos profissionais do Nasf, de modo que haja condição de atender tanto a demanda programada quanto a não programada.

Não tínhamos respostas para essas questões e colocava-se ainda mais evidente, então, que seria crucial pensar e construir diretrizes para o trabalho do Nasf junto com esses profissionais.

Entretanto, é possível afirmar que com a implantação dos Nasf buscamos promover uma transição tecnológica na produção da assistência que impacta o núcleo do cuidado (MERHY, 2003a), considerado como o somatório das decisões quanto ao uso das tecnologias (dura, leve-dura ou leve)⁴⁰ nele empregados e da articulação de profissionais. Pode-se afirmar que, a depender do arranjo que se constitua entre esses fatores, produzimos um cuidado mais ou menos integral, parecendo evidente que a integralidade do cuidado tem uma clara correspondência com o trabalho em equipe, possibilitado a partir do encontro e da tomada de decisão compartilhada entre os trabalhadores e desses com os usuários.

Trata-se, assim, do trabalho vivo a sobrepular o trabalho morto, uma vez que a lógica do trabalho do Nasf não deve ser centrada em números de consultas e procedimentos realizados, mas na qualidade do apoio ofertado às equipes de saúde da família por ele matriciadas, ou seja, na potência de produzir de forma compartilhada, criativa e resolutiva as ações necessárias diante dos casos e das situações que se apresentem. Sem essa transição não há Nasf, pois o Nasf existe quando se efetiva o apoio matricial.

Esses elementos, ao nosso ver, podem ser capazes de agenciar os profissionais para um trabalho vivo⁴¹ em ato, instituinte de um fazer em saúde produtor de cuidado, acolhimento e solidariedade (entre os próprios profissionais e com os

⁴⁰ Tecnologia dura, leve-dura e leve é como Merhy (1997) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. A tecnologia leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. A leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia e o taylorismo. A tecnologia dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

⁴¹ Trabalho vivo é o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado, pois, numa dimensão, vincula-se ao produtor do ato, o trabalhador, e à sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos. Há, ainda, uma segunda dimensão do trabalho vivo em ato que é a da “atividade como construtora de produtos, de sua realização através da produção de bens, de diferentes tipos, e que está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve, que necessidade satisfaz, que ‘valor de uso’ ele tem?)” (FRANCO; MERHY, 2009, p. 281).

usuários), em que a integralidade do cuidado seja mais realizável e o modelo biomédico superado.

Por mais que o modelo de atenção em si não garanta nada, parece ser importante apontar qual é o modelo de atenção à saúde preconizado pela política pública, uma vez que, como discutimos, modelos carregam em si fundamentos que se relacionam ao saber e ao poder, e a certas ideias sobre saúde, sobre autonomia e liberdade, sobre cidadania. Consequentemente, aos profissionais e serviços da rede de atenção à saúde, desde o nível central até a ponta (ou vice-versa) caberia um processo de reflexão constante e a discussão e produção de modos de operar que se alinhassem ao modelo preconizado.

De certo modo, parece-nos que a partir da Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde, os princípios e diretrizes por ele colocados nos aproxima mais de certos modelos e modos de pensar e operar as práticas de gestão e cuidado do que outros, nessa sua incessante construção.

Torna-se, então, um dos nossos objetivos, desmontar práticas privatizantes, do nível central à ponta, instituindo junto com os profissionais certa matricialidade aos processos de trabalho, ampliando a democracia institucional.

Em direção à ponta, tomamos como ferramentas, como pontapé inicial para a operação dessa mudança a construção compartilhada com cada equipe Nasf de quatro ações estruturantes para a sua constituição: a organização da reunião semanal da equipe Nasf, a organização das duplas de profissionais da equipe Nasf que acompanharia cada reunião de equipe da Saúde da Família, o diagnóstico situacional do território de abrangência do Nasf para programar ações e atividades e a reflexão sobre a agenda de cada núcleo de saber, organizando-a de modo a contemplar ações coletivas e individuais, programadas ou não programadas, de prevenção do adoecimento, promoção da saúde e tratamento.

Nessa função, foram muitas as ocasiões em que escutei os colegas que trabalhavam em unidades de saúde falando de seu incômodo com a sobrecarga de trabalho, a organização da agenda feita muitas vezes pelo diretor do serviço, as filas de espera e a demanda por mais e mais horários para consultas individuais em psicologia, por exemplo.

Também eram notórias algumas características do apoio matricial em saúde mental de Vitória, apontadas algum tempo mais tarde na pesquisa de Iglesias (2015): na maioria das unidades de saúde que matriciávamos, a atenção em saúde mental na

atenção básica do município acabara como atribuição dos psicólogos e assistentes sociais. Foram poucos os encontros de matriciamento em saúde mental em que estavam presentes outros profissionais das unidades de saúde além do psicólogo ou do assistente social, muitas vezes porque suas agendas não eram “desmarcadas”. Não parecia em vão, portanto, que muitos psicólogos da atenção básica falassem de solidão no cuidado em saúde mental⁴², enquanto contavam que muitas situações ou casos de saúde mental eram encaminhadas pela equipe de referência diretamente para eles.

Para discutir essa novidade (que também se tratava de uma mudança do lugar, das práticas, das relações que os profissionais de apoio ocupavam ou mantinham nas unidades de saúde) com as equipes de saúde da família, construímos de modo compartilhado – entre o grupo condutor e os profissionais de apoio que estavam se tornando equipe Nasf – a proposta de que estaríamos juntos nas reuniões de cada equipe de saúde da família, apresentando a nova forma de organização do processo de trabalho desses profissionais.

Sendo o Nasf um arranjo que pressupõe a transversalização e articulação das práticas de produção de saúde, sua implantação, para mim, foi tida como uma oportunidade de produzir um trabalho em saúde mais solidário, mais inventivo e mais potente na atenção básica. Um trabalho que permitisse mais possíveis, especialmente porque esse arranjo é espaço favorável à gestão do processo de trabalho pelos próprios trabalhadores, que devem compartilhar ações com as equipes de Saúde da Família “inclusive por meio de ‘transferência tecnológica’ cooperativa e horizontal, isto é, apoio que progressivamente produz mais autonomia para as equipes” (BRASIL, 2008, p.16).

⁴² Não é intenção tratar neste texto das estratégias que construíamos à época no apoio matricial em saúde mental, juntamente com a área técnica de saúde mental, para constituir outros modos de realizá-lo, favorecendo o processo de trabalho compartilhado e a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica.

Ser cavaleiro andante capaz de reconhecer que as batalhas são outras

Ponto 07 – Os desafios são outros

De como o grupo condutor se apercebe das batalhas que estás a enfrentar

Seguida a essa fase, realizamos, na ETSUS, cinco encontros entre as quatro equipes Nasf em constituição para o que chamamos de capacitação. Essa etapa também foi cuidadosamente planejada pelo grupo condutor, propondo uma metodologia ativa para os encontros que, a meu ver, criou condições de conversar sobre os princípios e diretrizes do SUS e os processos de trabalho na atenção básica no município com os profissionais das futuras equipes Nasf.

Tal como aconteceu nos encontros com os profissionais das equipes Nasf na primeira etapa de oficinas, nestes encontros de “alinhamento conceitual” na ETSUS houveram momentos de muita tensão, mas também de produção e troca recíproca de conhecimento entre os profissionais das equipes Nasf presentes, os facilitadores da ETSUS e os componentes do grupo condutor, que acompanharam todos os encontros. Cabe dizer, ainda, que cada encontro de “alinhamento conceitual” levava, também, o grupo condutor e os facilitadores convidados a rever o que havia sido planejado para o encontro seguinte, na tentativa de fazer esses encontros terem sentido para os profissionais das equipes Nasf. Ou seria o próprio Nasf que precisava ganhar sentido?

Essa pergunta ressoava em nós especialmente quando nos reuníamos com os últimos quatro Nasf em processo de implantação, visto que grande parte dos profissionais verbalizava a sua insatisfação com a mudança proposta, dizendo com todas as letras que não queriam compor as equipes Nasf.

No primeiro desses encontros de alinhamento conceitual ocorridos na ETSUS com a segunda turma, ou seja, com as quatro últimas equipes Nasf a serem implantadas, havíamos proposto uma roda de conversa sobre a atenção básica no município de Vitória com a presença da coordenadora da atenção básica e de uma professora do curso de Psicologia da Universidade Federal do Espírito

Santo, além de três profissionais do grupo condutor. Essa professora, vale dizer, havia orientado o doutorado de uma das profissionais do grupo condutor, cujo tema era o apoio matricial.

A convidada iniciou sua participação convidando os profissionais a se apresentarem. E eles iam dizendo: “fulano de tal, psicólogo da US X”; “ciclano, assistente social da US Y”; “beltrano, fono da US Z”. E então a convidada pergunta: “Ninguém aqui é do Nasf, não?”.

Ela havia captado algo: as primeiras oficinas locais não tinham conseguido dar conta de fazer aqueles profissionais se reconhecerem enquanto Nasf.

Então, assumindo um lugar professoral, a professora escreveu no quadro o nome das oito unidades de saúde que se faziam ali representadas pelos profissionais e foi escrevendo abaixo do nome da respectiva unidade de saúde o nome de cada deles, conforme se apresentavam e diziam sua lotação.

Quando todos já haviam se apresentado, ela perguntou quem ali era do Nasf. A turma ficou em silêncio até que uma profissional do grupo condutor disse: *“os profissionais das unidades Santa Martha e Andorinhas vão formar um Nasf, das unidades São Cristovão e Maruípe outro, das unidades Santo André e Ilha das Caieiras outro e das unidades Conquista e Resistência outro”*.

É certo que a convidada sabia disso. Havíamos lhe contado como o processo de implantação do Nasf vinha se dando quando a convidamos para estar conosco naquele encontro. Mas entramos na brincadeira e ela continuou: *“então, esses profissionais aqui mais esses aqui vão formar um Nasf. Esse Nasf tem nome?”*.

Silêncio. O clima era pesado.

Então, alguém do grupo condutor quebrou o silêncio e propôs que as equipes usassem aquele momento para escolher um nome para as equipes, mas parecia que apenas o grupo condutor havia entrado na brincadeira com a convidada. Houve outro silêncio e alguns burburinhos, que foram interrompidos pela convidada que disse, enquanto escrevia no quadro: *“já que vocês não querem escolher o nome da equipe de vocês agora, então eu vou chamar esse Nasf aqui de 01, esse de 02...”* (sic). Um dos profissionais interrompeu: *“Mas já existem quatro Nasf implantados!”* (sic). *“Ok... Então esse Nasf aqui vou chamar de 05, esse de 06, esse de 07 e esse de 08, ok?”*, ela respondeu.

E a partir daí começamos a roda de conversa.

Nessa roda, um dos assuntos que tratamos foi a agenda. Os profissionais questionavam como seriam capazes de executar as ações do Nasf, uma vez que suas agendas já eram apertadas, repletas de atendimentos, e não sobrava tempo para incluir as ações “a mais” que o Nasf exigia, como atendimentos compartilhados e acompanhamento das reuniões de saúde da família. Ainda havia entre alguns profissionais que o Nasf era mais uma atribuição, e não uma nova maneira de operar, o que parecia ser mais um elemento a produzir resistência à ideia da implantação desse arranjo.

Quando a professora universitária questionou ao membros do grupo condutor como estávamos pensando em solucionar isso, explicamos que assim que acabassem os encontros na ETSUS, iríamos retornar em duplas às equipes Nasf para construirmos juntos uma agenda possível para este momento de transição entre ser profissional de apoio e ser profissional Nasf, e que esperávamos que com o passar do tempo houvesse autonomia aos profissionais do Nasf na organização do processo de trabalho,⁴³ conforme as ações planejadas conjuntamente pelas equipes Nasf e de referência.

Então, uma profissional da coordenação da atenção básica convidada para este encontro relata que um grupo de trabalho sobre agenda foi montado e que em breve esse grupo apresentaria as Diretrizes da Agenda para o Município de Vitória (ES), documento no qual estariam descritos, entre outros padrões e normas, *“quantos minutos deve durar a consulta de cada ‘categoria profissional’ e qual a carga horária máxima que cada profissional pode dispende ‘no resto das ações.’”*

Foi um susto. Para o grupo condutor e também para a professora universitária.

O grupo condutor tinha ciência de que o grupo de trabalho sobre agenda estava sendo formado, mas até ali apenas elucubrava sobre os objetivos. Uma de nós iria participar desse grupo de trabalho para discutir as questões relativas ao Nasf, mas ainda não havia acontecido nenhuma reunião conosco. Houve

⁴³ Atualmente as agendas dos profissionais são organizadas pelos diretores das unidades de saúde, pois somente quem ocupa este cargo é capaz de abrir o sistema de computador onde esses dados precisam ser lançados. Devido a isso, muitos profissionais de apoio se queixavam de que não tinham mais nenhuma condição de planejar qualquer ação diferente, ou que quando o faziam, precisavam convencer o diretor a fazer alterações nessa agenda.

constrangimento e um silêncio na sala que durou alguns segundos. Aquilo, afinal, soava bastante diferente do que vínhamos conversando entre nós.

A professora da universidade, então, quebrou o silêncio que durou alguns segundos e questionou: “*Mas o Nasf tem agenda assim?*”. Nós nos entreolhamos. Ter ou não agenda e, em se tendo, como ela deveria ser, era uma discussão que fazíamos com frequência nas reuniões do grupo condutor do Nasf. Entendíamos que ideal seria se o Nasf não tivesse uma agenda rígida, engessada e pudesse trabalhar de acordo com as ações construídas de modo compartilhado com as equipes de saúde da família, considerando as demandas e necessidades do território para um determinado período. Mas sabíamos que haveriam muitas barreiras a serem ultrapassadas até chegarmos a esse ponto, sendo o controle pelo diretor o mais notório até então, especialmente porque ele é o responsável por lançar as agendas de todos dos profissionais na Rede Bem-Estar.

Com esta pergunta lançada, voltamo-nos para ouvir a resposta vinda da coordenação de atenção básica: era necessário haverem protocolos que organizassem o tempo de duração de cada procedimento realizado por cada categoria profissional, pois cada unidade de saúde se organizava de uma maneira, sendo difícil realizar monitoramento e avaliação dos serviços.

Como profissionais do nível central e corresponsáveis pelos processos que ali se desenrolavam, os componentes do grupo condutor do Nasf puderam se manifestar interessados em compor o grupo de trabalho sobre agenda, contribuindo para que nessas Diretrizes fosse contemplada a lógica do trabalho do Nasf, que preconiza, a nosso ver, uma agenda flexível, reflexo das ações por ele planejadas junto às equipes de saúde da família.

Aquela roda continuou por um tempo ainda, e discutimos outras questões. Quando, contudo, todos já haviam ido embora, a professora universitária veio até mim e me falou que havia ficado preocupada, especialmente com as colocações feitas sobre haver uma diretriz para agenda. E disse: “*Cuidado para vocês não serem Dom Quixote lutando contra os moinhos de vento*”.

Não consigo deixar de pensar no que ela falou. Dom Quixote contra moinhos de vento? O que isso significa? Estaríamos sendo insanas ao propor algo tão diferente, quando apostamos num processo de trabalho mais compartilhado, sustentado na autonomia dos profissionais para pensar e construir suas agendas? Ou estaríamos entrando numa batalha impossível de vencer entre a lógica de produção capitalística na saúde e um outro cuidado em saúde, mais livre, inventivo e democrático, capaz de produzir maior autonomia das equipes e ampliar as práticas de cuidado? (Diário de campo, 05 de junho de 2015).

Comprei o livro do Dom Quixote para ler. Uma versão adaptada, a bem da verdade. Não conseguiria ler a versão original em pleno mestrado. Mas que me ajudou a conhecer um pouco mais desse personagem: um “*fidalgosonhador*”⁴⁴ chamado “*Quixada, Quesada ou Quixano – a dúvida existe até hoje*” (CARRASCO, 2012), que resolveu ser cavaleiro andante e decidiu partir em busca de aventuras. “*Botou a armadura, pegou o escudo, empunhou a lança e montou Rocinante. Partiu, com grande alegria*” (CARRASCO, 2012). Nas palavras de Carrasco (2012):

Misto de caricatura e de ideal, homem ao mesmo tempo doido e sonhador, Dom Quixote encanta e diverte a todos – maiores e menores de idade – com a pureza, generosidade e, muitas vezes, desajeito/canhestrice de suas ações. Faz rir, sorrir e pensar com as trapalhadas que provocam sua incansável – mas nem sempre adequada – luta contra o mal e os maus. (CARRASCO, 2012, p. 12).

Apesar de encantada com o personagem, ainda estava intrigada com provocação feita pela professora e perguntava-me em que o grupo condutor se assemelhava a ele. Éramos sonhadoras? Com o que sonhávamos? Estaríamos travando batalhas invencíveis contra moinhos de vento e barris de vinho? Que batalhas seriam essas? E através delas, buscávamos sair vitoriosas, ou a aventura em si, e os escudeiros fiéis que encontrávamos pelo caminho, era o que nos mantinha nelas? Isso me inquietou.

⁴⁴ As partes em itálico são pequenos fragmentos do livro de Walcyrr Carrasco (2012), que se trata de uma tradução e adaptação da obra original intitulada “Dom Quixote”, de Miguel de Cervantes.

Ponto 08 – “O desafio, ao se deparar com situações paralisantes de qualquer ordem, é poder lidar com elas⁴⁵”

*Quando o grupo condutor muda
o caminho planejado e acredita
que encontrou novos aliados.*

Quando começamos o primeiro encontro com a segunda turma de Nasf na ETSUS, imaginávamos que algumas discussões seriam bastante diferentes da primeira turma, especialmente porque nesta turma todos os Nasf seriam formados por profissionais de apoio lotados em duas unidades de saúde, que manteriam sua lotação, conforme havia sido garantido a eles no início do processo e dariam apoio a essas respectivas unidades.

Mas não podíamos imaginar que seriam tão diferentes assim.

A partir do segundo encontro, cujo objetivo principal era discutir o território de abrangência do Nasf, percebemos a recusa dos profissionais em se envolver nas atividades propostas, como desenhar o mapa do território, discutir e apresentar para a turma suas principais características.

Tudo parecia muito difícil, muito chato e desnecessário para aquela turma que, a todo momento colocava em questão a implantação do Nasf no município.

Na reunião do grupo condutor que aconteceu após esse encontro, falamos da nossa dificuldade em lidar com aquela situação paralisante e definimos que o ideal seria, então, interromper o nosso planejamento e perguntar para a turma como poderíamos prosseguir.

E começamos o terceiro encontro com uma roda na qual pudemos falar com os profissionais sobre nosso desconforto que ia desde perceber que muitos deles não se desligavam dos seus celulares e smartphones enquanto duravam os encontros até o fato de sentir tamanha paralisação. Seria possível criar alguma conexão com aquele processo de implantação do Nasf e reconhecer nele algo de positivo, que motive a constituir outros processos, outra realidade? Como poderíamos seguir juntos a partir daquele momento, já que não nos restava a

⁴⁵ CAMPOS et. al., 2013, p. 191.

opção de não termos/sermos Nasf? O que os profissionais do Nasf esperavam daqueles dois encontros que ainda aconteceriam?

Os profissionais afirmaram não querer se envolver em metodologias ativas e pediram para que explicássemos o que era o Nasf e o que eles deveriam fazer a partir do momento em que acabasse a formação na ETSUS.

Como um grupo de profissionais que aponta a verticalidade do processo de implantação do Nasf a todo momento, marcando que foi uma tomada de decisão dos dirigentes da SEMUS que não os envolveu e sequer lhes deu a chance de não participar desse processo agora é o mesmo grupo de profissionais que pede ao grupo condutor que lhes ensine o que é o Nasf e que defina o que eles deverão fazer a partir de agora? Pareceu que não nos restava outra saída: para atender a demanda daqueles profissionais, definimos por abandonar o planejamento feito para os próximos dois encontros e passar a 'dar aula' sobre o que é o Nasf e como ele deve operar (Diário de campo, 19 de junho de 2015).

Tivemos que nos mobilizar, então, para replanejar os dois últimos encontros a partir das colocações dos profissionais naquela conversa.

Assim, o quarto encontro foi uma aula expositivo-dialogada em que propusemos ir passando por alguns pontos do CAB n. 39 para podermos discutir conceitos caros ao Nasf. Conforme os profissionais de apoio haviam solicitado, pesquisamos e apresentamos como funcionavam outros Nasf no país.

Ao final do quarto encontro, deixamos uma tarefa para as equipes: agora que elas sabiam (sabiam? Como saber? E como do saber, saber fazer?) o que era Nasf, deveriam escrever, para o último encontro na ETSUS, uma carta de intenções para o Nasf, na qual deveriam expressar o que esperam das suas equipes.

Além disso, como para o último encontro já havíamos convidado uma profissional da GAS para falar sobre promoção à saúde, pactuamos que cada Nasf deveria apresentar uma experiência que tenha vivido nas unidades de saúde relacionadas a esse tema. Nossa ideia era fazer com que os profissionais de um mesmo Nasf, que até aquele momento trabalhavam em duas unidades de saúde distintas, tivessem que discutir e definir qual experiência iriam apresentar.

Iniciamos o último encontro com a discussão sobre promoção à saúde. Foi curioso observar que uma das equipes Nasf não entrou em consenso e apresentou uma experiência de cada unidade de saúde e que em outro Nasf apenas os profissionais de uma unidade de saúde se envolveram na tarefa.

Discutimos nesse encontro as atribuições dos profissionais de apoio enquanto tal e de como isso os isolava e especializava dentro da unidade de saúde. Assim como na equipe que eu vinha acompanhando desde o ano anterior, nesse dia falou-se muito sobre como aos assistentes sociais é delegada a tarefa de realizar todas as ações relacionadas ao Programa Bolsa Família.

Falamos sobre a dificuldade que esses profissionais vinham enfrentando ao tentar integrar algumas ações ou o cuidado de algumas populações específicas com as equipes de saúde da família. E ouvimos também deste grupo que *“hoje a dificuldade para fazer ações diferentes na comunidade é com a Rede Bem-Estar, que deixa a agenda muito engessada e na mão do diretor”* (sic) e que *“a sensação é que a gente só apaga incêndio e faz consulta, consulta, consulta”* (sic).

Todas as experiências contadas pelas equipes (a construção de um livro de receitas numa US, um grupo de homens em outra, outro grupo – de atividades físicas e orientação alimentar noutra, e um grupo de adolescentes realizado em parceria com a escola ainda em outra) eram antigas, não aconteciam mais. E um clima de nostalgia foi tomando conta do ambiente, fazendo alguns profissionais reconhecerem a importância de colocarmos nossas práticas sempre em questão, de modo a resgatar um certo modo de fazer saúde que desvie o foco da doença para os sujeitos e que *“permitam aos profissionais inventar”* (sic). No final do encontro, as falas circulavam pela sala com mais leveza e tive a impressão de que havíamos conseguido sentir – e fazer sentir – o que buscávamos ali, nesse processo de implantação do Nasf. A aparente “resistência” dos profissionais à implantação do Nasf não era o gigante que precisávamos enfrentar. De certo, eles eram Sancho Pança nessa história. (Diário de campo, 03 de julho de 2015).⁴⁶

Amarração conceitual – Processos de subjetivação e de formação

⁴⁶ Ressalto aqui que na escrita desse trecho do diário de campo revela-se o momento em que uma dobra se faz sobre a leitura reducionista que eu fazia sobre a resistência dos profissionais de apoio à implantação do Nasf, sendo especialmente a partir do segundo semestre de 2015 que passo a buscar analisar essa “aparente resistência”, como venho a chama-la no diário de campo, dando-lhe novos sentidos.

Podemos observar que o processo de implantação dos Nasf em Vitória – ES teve – e ainda tem - como uma de suas dimensões a formação dos profissionais envolvidos direta ou indiretamente nele. Essa dimensão, articulada à dimensão assistencial e à dimensão da gestão do trabalho em saúde constitui um plano em que pessoas, racionalidades e processos podem ser colocados a serviço da consolidação da saúde preconizada nas diretrizes e princípios do SUS.

Neste sentido, no processo de implantação do Nasf muitas foram as atividades propostas nas oficinas locais e nos encontros realizados na ETSUS que buscaram partir não apenas dos processos de trabalho prévios, mas também dos conhecimentos prévios de cada participante.

Acreditamos que a reflexão rotineira sobre a prática do trabalho, orientada pelos princípios doutrinários do SUS e o estudo das teorias que explicam nossas ações visa promover aprendizagens significativas e a possibilidade de transformação dos processos de trabalho em saúde, do fazer do profissional de saúde no ato de cuidar. “Apostar no caráter prático e reflexivo do conhecimento significa assumir que todo conhecer é também uma forma de fazer – o fazer de si e o fazer do mundo” (CAMPOS et al, 2013, p. 146), que refletem o modo como compreendemos o processo saúde-doença.

Por sua vez, essa compressão se expressa no modo como identificamos e organizamos as respostas às necessidades de saúde, sendo os sistemas de atenção à saúde organizações construídas pela sociedade para dar respostas às necessidades de saúde das pessoas, de modo que tanto a leitura das necessidades como as respostas construídas por esse sistema são atravessados por valores e normas.

Como já discutimos, no país “modelos convivem de forma contraditória ou complementar” (PAIM, 2008, p. 555) mas

O modelo biomédico ainda norteia, em grande medida, as práticas em saúde e, amiúde, prevalece o foco nos determinantes biológicos da doença, no indivíduo como objeto do conhecimento e da prática, e as abordagens prescritivas, pouco dialogadas. (CAMPOS et. al, 2013, p. 73).

Para a superação do modelo médico hegemônico e a transição de um sistema hierarquizado por níveis de atenção para um sistema integrado em redes, parece necessária a combinação de novos dispositivos de gestão na atenção à saúde,

delimitando um campo de produção de conhecimento voltado à ampliação da responsabilização e qualificação das intervenções no cuidado.

Assim, perdura o “desafio de aprimorar a formação dos profissionais, ampliando o diálogo com outros campos de saber e aprofundando as interfaces da clínica, da saúde coletiva e da gestão” (CAMPOS et. al., 2013, p. 123).

A associação entre gestão e clínica coloca, também, a necessidade de constituir práticas e processos de trabalho que articulem saberes dessas áreas em busca da equidade do acesso e da integralidade do cuidado e diversos arranjos, entre eles o Nasf, podem funcionar como dispositivos capazes de melhorar a qualidade das respostas às necessidades de saúde da população.

A gestão e a clínica são duas instâncias indissociáveis, e, portanto, a formação deve buscar a conexão de práticas de produção de saúde ao campo da gestão e da política, pois essas práticas definem os modos de funcionamento da organização. Desse modo, a formação torna-se inseparável da proposição de processos de mudanças institucionais, ou seja, para formar é fundamental intervir sobre as relações de poder e sobre o modo de fazer, senão modos que, orientados por premissas éticas, políticas e clínicas, devem ser recriados, considerando especificidades de cada realidade, instituição e equipe de saúde (CAMPOS, et. al., 2013, p. 147).

Contudo, parece evidente que nesse contexto, há, ainda, uma forte tensão entre os polos do controle e da autonomia, na gestão em saúde, especialmente relevante frente aos mecanismos de gestão que tendem a impor uma padronização de processos e produtos. Para superá-la, impõe-se aos profissionais a necessidade de promover uma identificação ampliada das necessidades de saúde e de construir modos de cuidado que dialoguem com protocolos, frente às particularidades e contexto de uma dada situação, ao invés de apenas reproduzir normas e padronizações, sem crítica.

Dessa maneira, busca-se promover a valorização do cuidado centrado nas necessidades das pessoas como diretriz orientadora da organização das respostas para a produção de saúde, considerando o outro como um sujeito autêntico e potencialmente capaz de se autocuidar, e o trabalho em equipe e a responsabilidade pela integralidade do cuidado como fios condutores desse processo.

Nesse sentido, é preciso pensar em que grau ou medida a gestão incorpora a dimensão subjetiva inerente as relações entre os profissionais e destes com os usuários e, do mesmo modo, em que grau ou medida a clínica incorpora as dimensões

subjetivas e social para produzir uma atenção à saúde focada nas necessidades das pessoas, do território.

Esses aspectos levaram temáticas relativas à subjetividade no processo saúde-doença a entrarem na pauta da Saúde Coletiva no Brasil na transição do século XX para o século XXI (CAMPOS et. al., 2013, p. 77):

Essas condições históricas e institucionais do campo da saúde demandaram contribuições das ciências humanas para compreender as práticas clínicas e de gestão como práticas interrelacionais, como encontro de subjetividades, e para operar com as dimensões do afeto e do poder que disso decorrem. [...] Entretanto, esses referenciais continuam incipientes quando se pensa a formação ou sua aplicação concreta nas práticas profissionais. (CAMPOS et. al., 2013, p.77).

Para enfrentar esse conjunto de desafios e suprir as necessidades colocadas para a transição entre modelos, um importante investimento precisa ser feito tanto na mudança do arranjo ou modelagem do sistema como, também, na qualificação da potência do trabalho em equipe e dos encontros entre profissionais e usuários e entre profissionais entre si. A singularidade desses encontros requer que o profissional desenvolva, para além das capacidades relativas ao seu núcleo de saber, o desenvolvimento de capacidade crítica e inventiva.

Ao propor a ampliação da competência narrativa na clínica e a incorporação de novos elementos e novas maneiras de pensá-la, procura-se alcançar maior efetividade ao cuidado prestado. Nessa busca há necessidade de se ir além das considerações em relação aos cenários e aos modelos de atenção, dos modos de organização do processo de trabalho das equipes de saúde e dos objetivos institucionais que estão em jogo nos serviços de saúde. Estas são condições estruturais que podem ou não oportunizar mudanças de enfoque e a constituição de novos saberes no interior da prática clínica. Entretanto, é importante que também sejam pensados espaços, mais específicos, de construção e avaliação contínua da prática e do saber clínico. Espaços de diálogo e de educação capazes de potencializar a produção de novas competências narrativas entre os profissionais de saúde, sobretudo na atenção primária. (FAVORETTO, 2006, p. 199).

Acreditamos, dessa forma, que “o aprendizado, portanto, requer ambientes protegidos e apoio à atividade prática, para que os profissionais possam falar das dificuldades e aprender a lidar com elas” (CAMPOS, 2013, p. 121), onde a formação se dê através da reflexão e da transformação das práticas.

Podemos pensar, então, que em certa medida o insucesso das oficinas locais e dos encontros formativos na ETSUS devem ao fato de não terem sido suficientemente capazes de produzir esse espaço protegido.

Podemos pensar que propondo uma metodologia ativa, baseada no levantamento de problemas, provocamos reflexões sobre as práticas e ampliamos a capacidade de análise dos profissionais, mas fomos observando, inclusive através dos apontamentos dos profissionais do Nasf, que a ênfase na problematização não seria suficiente para desencadear as transformações necessárias nos processos de trabalho instituídos, pois:

Ao atribuir à metodologia da formação a capacidade para alterar estruturas, instituições e práticas sociais/profissionais a proposta da Educação Permanente acaba por subestimar a força dos saberes, instituições e práticas hegemônicas, consolidadas historicamente por interesses e atores sociais poderosos. [...] As mudanças na gestão, na organização dos serviços e nas práticas de saúde não podem prescindir da própria mudança dos sujeitos implicados nessas práticas, ou seja, os processos educativos, caso pretendam contribuir com qualquer transformação das práticas, terão de incidir na construção de novos modos de subjetivação e resultar em mudanças organizacionais e nas relações de poder (CAMPOS et. al. 2013, p. 142).

Podemos, assim, considerar que com o grupo condutor ofertando-se para apoiar as equipes Nasf em sua consolidação, radicalizamos o modo como esse processo iniciou, tornando-o cogestivo e produtor de novas subjetividades e novas práticas desde a ponta até o nível central. Quando lateralizamos as relações entre profissionais de saúde, favorecemos a aprendizagem de uns com os outros por meio da troca de saberes e de perspectivas, dando um novo significado ao trabalho em equipe e à cogestão.

Situações experimentadas que pareciam paralisar os processos, como quando sentíamos resistência dos profissionais ou quando eles disseram que queriam aula expositiva sobre o que é o Nasf exigiram do grupo condutor inventar. Nesses momentos aceitamos pensar e fazer juntos. E entendemos que o apoiador que “adotar uma atitude correta ensinará mais com seu exemplo do que com seu discurso. Afinal, [...] a relação do apoiador é em muitos momentos análoga à relação dos profissionais com seus pacientes” (CAMPOS et. al. 2013. p. 191) e, eu diria, com outros profissionais ou equipes.

Dessa forma, apostamos que a formação em saúde opera, também, na dimensão da experiência, conforme afirma Oury, 1991 (apud), e deve incluir tanto o

pensamento como a ação, “considerando que a reconstrução das pessoas e do trabalho dá-se por meio da elaboração reflexiva das experiências de interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si” (CAMPOS et. al. 2013, p. 152), ou seja, pelo conhecimento analisar a prática e pela prática analisar o saber.

Através de encontros, portanto,

Uma formação capaz de produzir simultaneamente efeitos pedagógicos, terapêuticos e institucionais: pedagógicos no sentido do aprimoramento do repertório de conhecimentos, dos modos de fazer e pensar dos profissionais, ampliando a capacidade técnica de intervir; terapêuticos no sentido da mudança dos sujeitos, seus valores e suas visões de mundo; e institucionais no sentido da mudança nas relações e no contexto de trabalho. Uma formação que afirme seu papel coprodutor de novas formas de subjetivação e na recriação do trabalho em saúde” (CAMPOS et. al., 2013, p. 198).

E desse modo contribuir para a superação de práticas hegemônicas e a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Porque cada fim é também um novo começo

*Onde se dá um salto temporal nessa história
Deixamos algumas pistas e caminhos a seguir
Nessa jornada em defesa do SUS
E concluímos este trabalho*

O início do ano de 2017 foi marcado por inúmeros acontecimentos na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, os quais nos ajudam a discutir os modelos de atenção à saúde.

Na semana de véspera do Carnaval tivemos a notícia de que num bairro da capital havia sido encontrado um macaco morto, vítima de febre amarela. O surto de tal doença, que há meses se alastrava pelo Sudeste brasileiro, havia alcançado o município. Segundo Sérgio Lucena, primatólogo e professor de zoologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), o surto de febre amarela é um fenômeno ecológico (RODRIGUES, 2017). Muitos alegam que o surto atual se relaciona com a morte dos anfíbios que se alimentam do mosquito transmissor após a tragédia de Mariana⁴⁷.

Na Gerência de Atenção à Saúde a notícia da morte desse macaco por febre amarela (tantos outros morreram vítimas do medo do contágio e/ou do desconhecimento de algumas pessoas que julgavam o macaco como transmissor) chegou com alarde, acompanhada da convocação dos profissionais que não fossem viajar no feriado para se somar ao mutirão de pessoas que trabalhariam no Carnaval para vacinar toda população de Vitória – ES em grandes campanhas.

Durante duas semanas a solicitação era: “Deixem tudo que estão fazendo. Toda população deve estar vacinada em 15 dias”.

E assim foi feito por todos os setores da Secretaria, desde o nível central até a ponta, durante a semana que também servia para organizar os mutirões de final de semana. Até mesmo hora-extra foi paga aos trabalhadores da saúde, o que não vinha acontecendo desde a publicação do Decreto Municipal n. 16.372/2015, que “dispõe sobre medidas que visem o estabelecimento do equilíbrio econômico e financeiro da

⁴⁷ Refiro-me ao rompimento da barragem de Fundão, no município de Mariana – MG, em novembro de 2015, cujos detritos cobriram de lama o distrito de Bento Rodrigues, vitimando pessoas, e descendo pelo Rio Doce, mataram sua fauna e flora, até alcançar, dias depois, o Oceano Atlântico, sendo esta a maior tragédia ambiental do país.

Administração” municipal. Devido a isso, as duplas do grupo condutor não foram às reuniões das equipes Nasf durante os meses de fevereiro e março, até porque muitas delas nem aconteceram.

Outro acontecimento que me atravessou ocorreu logo após o carnaval. Após uma conversa feita comigo e com outra colega da área técnica de saúde mental individualmente, a equipe da Gerência de Atenção à Saúde interrompeu suas atividades para, numa reunião informal, ser informada de que minha colega e eu não compúnhamos mais a equipe da área técnica de saúde mental, que foi totalmente modificada. A partir daquele dia, eu devia assumir um assento na equipe da Coordenação de Atenção Básica e me tornava a referência técnica para os Nasf no município.

Nessa reunião com os profissionais da Gerência de Atenção à Saúde fomos informados, ainda, que essa era apenas a primeira mudança de muitas que viriam a acontecer. E que a forma como a condução do processo de implantação do Nasf em Vitória vinha sendo realizada deveria ser revista, talvez mesmo com a extinção do grupo condutor.

Foi um susto. Deixava uma área técnica para a qual tanto me dediquei, trabalhando horas a mais, todo dia, toda semana, por anos, para dar conta do volume de atividades que existe na área. Deixavam de ser meu foco no trabalho as tentativas de sustentação de práticas antimanicomiais nos serviços de saúde pelas quais tanto briguei... E assumiria uma referência técnica nova, relacionada a equipes que também devem sustentar práticas hegemônicas e, no nível central, estaria sozinha? Eu não tenho experiência com o Nasf que me dê a segurança que tinha com a saúde mental, para que sozinha pudesse conduzir esse processo! Virei em direção às colegas do grupo condutor que estavam na reunião, e, ansiosa, perguntei “o grupo condutor vai acabar?”. Elas balançaram a cabeça. Uma delas abaixou o olhar sem me responder. A outra pediu calma. Mas não pude ficar calma. Eu não me sentia preparada para assumir esse projeto sem o grupo condutor. Onde conseguia encontrar forças para construir e sustentar lógicas e práticas contra hegemônicas no nível central? Como poderia fazer-me acreditar pelos profissionais das equipes Nasf se mais uma vez parecia que forças verticalizantes decidiriam os rumos do meu trabalho e do trabalho de cada um dos profissionais envolvidos nesse processo? De que maneira e em que medida poderíamos sustentar nossa ideia e nossa batalha por práticas cogestivas diante das notícias que recebíamos? (Diário de campo, 22 de fevereiro de 2017).

Lembrei-me da minha qualificação, quando fomos nomeados corajosos profissionais por constituirmos o grupo condutor e tomarmos, de certo modo, para nós a tarefa de sustentar um modelo de atenção à saúde sem nitidez da direção que a SEMUS tinha para a saúde pública do município. Concomitantemente à condução do

processo de implantação do Nasf, outros grupos de trabalho produziam diretrizes que tentavam novamente dar o lugar de especialistas aos profissionais de apoio da atenção básica. Um exemplo disso é a diretriz da avaliação inicial, em cujo texto estava previsto que os casos de transtorno mental, ideação suicida ou violência deveriam ser acolhidos apenas pelo profissional de psicologia da unidade de saúde, tendo sido bastante tensas as reuniões entre os profissionais desse grupo de trabalho com os profissionais do grupo condutor e representantes das equipes Nasf.

Concomitante à implantação do Nasf, um sistema de agendamento eletrônico para consultas médicas era encomendado à equipe de sistemas de informação pelo Gabinete do Prefeito após a experiência de agendamento eletrônico para vacinação de febre amarela. Quando os profissionais da SEMUS, desde a ponta ao nível central, seriam convidados a discutir sobre isso?

De mais a mais, vale lembrar que além dos profissionais que vieram a constituir as equipes Nasf, muitas unidades de saúde do município também têm em suas equipes médicos pediatras e médicos ginecologistas, que atuam paralelamente às equipes de saúde da família. Conforme pudemos observar, em muitas unidades de saúde os médicos de família sequer atendem crianças e adolescentes ou fazem o pré-natal de mulheres grávidas, haja vista a presença do especialista no serviço.

É certo que em 2013, o grupo de profissionais da GAS que desenhou as equipes Nasf apontou que os médicos ginecologistas e os médicos pediatras poderiam compô-las. Houve abertura para discutir a inserção dos médicos ginecologistas, e alguns deles começaram a participar das oficinas locais com os demais profissionais de apoio no início do processo de implantação das equipes.

Naquela ocasião, não foi possível discutir e tampouco incluir os pediatras nas equipes Nasf por se considerar que a população não compreenderia a redução no número de consultas que esses profissionais fazem por dia. E havia o receio de que com a sua inclusão na equipe Nasf, filas de espera fossem geradas para o atendimento pediátrico, como se a demanda não se constituísse a partir da oferta (BAREMBLITT, 1992; FRANCO; MERHY, 2005).

Os médicos ginecologistas, que já se organizavam de modo a oferecer apoio técnico aos demais médicos da atenção básica, articularam-se de modo a defender a sua não inserção no Nasf, afirmando que realizam apoio matricial em ginecologia. Há, contudo, controvérsias sobre se o modo que os médicos ginecologistas organizam o apoio aos médicos da atenção básica é apoio matricial, havendo um grupo de

profissionais do nível central que defende que sim e outros que defendem que não. Desde 2013 e ainda hoje se discute a forma de organizar os processos de trabalho desses profissionais na rede de saúde de município, não havendo decisão sobre se eles virão ou não a compor as equipes Nasf, ampliarão o apoio que ofertam dos médicos para mais profissionais da atenção básica ou se manterão o apoio técnico que ofertam.

É devido a essa dificuldade decisória da SEMUS que numa reunião ocorrida em 2016 que o grupo condutor do Nasf optou por não esperar essa definição e publicar o documento de Diretrizes do Nasf em Vitória – ES, amplamente discutido com os profissionais dessas equipes, que contribuíram de forma fundamental na consolidação dos parâmetros de organização das agendas.

Retomando, ainda, o que aconteceu após a mudança de alguns gestores neste primeiro ano do segundo mandato, no dia 28 de março de 2017 o grupo condutor do Nasf reuniu-se com a recém-chegada gerente de atenção à saúde para discutir as mudanças que haviam sido anunciadas, especialmente as mudanças no processo de condução da implantação do Nasf. Segundo a gerente, era preciso que os profissionais das áreas técnicas e das outras gerências não mais “deixassem suas atribuições” para acompanhar as equipes Nasf. Essa atividade deveria passar a ser tarefa das referências técnicas para o Nasf da equipe da Coordenação de Atenção Básica.

Quando foi dito que meus colegas não deveriam mais deixar suas atribuições de área técnica para estar no grupo condutor, me senti só. Impotente para continuar aquele percurso. Era muito desafiador para seguir sem aquele grupo. Exigiria muita força. Força que sozinha eu talvez não tivesse (mais). Mas então, contamos como o grupo condutor havia se formado e se tornado o apoio para as equipes Nasf no processo de implantação dessas equipes. Falamos de como desde o Grupo de Trabalho ele se modula e se transforma, a partir da nossa percepção e das construções que fizemos com os profissionais da ponta. Também dissemos de como havia sido importante para nós a pertença àquele grupo, pois era um espaço no qual tínhamos encontrado parcerias de trabalho. E amizades. Pessoas que acreditavam e buscavam coisas semelhantes, num momento tão duro como o que vivíamos, no trabalho e no país. ‘Eu apoio três equipes.. três equipes. Bom.. isso porque... porque eu gosto. Mas não deixo de fazer minhas tarefas da área’, disse a ela sua amiga. E depois de nos ouvir, respondeu-nos: ‘esse é um grupo desbravador, de quem acredita na saúde pública. Nas conversas que tenho feito por aqui eu vejo que muita gente trabalha aqui e não acredita na Estratégia de Saúde da Família. É como dormir com o inimigo. [...] precisamos ter claro qual o modelo de saúde que queremos e eu preciso da ajuda desse grupo para defender esse modelo’ (Diário de campo, 28 de março de 2017).

Além disso, colocou-se a necessidade de construir uma apresentação sobre os resultados do Nasf a ser apresentada em breve no Gabinete da SEMUS, pois os gestores tinham dúvidas sobre a efetividade desse arranjo.

“Diante de falas como essa pensei se seria mesmo o objetivo, a direção da SEMUS o fortalecimento da atenção básica, da estratégia de saúde da família? Ou esse seria, no nível central, um projeto, um desejo do grupo condutor, composto por militantes do Sistema Único de Saúde, fiéis escudeiros de uma saúde pública universal, integral e de qualidade?”, pensei (Diário de Campo, 28 de março de 2017).

A “função essencial das direções deveria ser reclamar junto à direção geral dos entraves e das condições de trabalho dos trabalhadores, caso contrário ninguém os faria” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 57). Mas podemos perceber no processo de implantação do Nasf que muitas vezes operava uma lógica unicamente descendente. Foi assim quando se decidiu por implantar o Nasf, formando as equipes a partir dos profissionais de apoio existentes. Era assim, muitas vezes, na formatação das agendas desses profissionais. Será que algum dia haveria tomada de decisão sobre os objetivos que a SEMUS haveria de buscar?

A partir dessas inquietações, eu (que naquele momento já trilhava meu percurso no mestrado em Psicologia Institucional e tentava aprender essa outra forma de fazer ciência), dei-me conta de que realizar esta pesquisa foi também acompanhar “os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso da investigação” (PASSOS; BARROS, 2014, p.17-18).

Como afirmam Passos e Barros (2014):

Defender que toda pesquisa é intervenção exige [...] um mergulho na experiência, lá onde fazer e conhecer se tornam inseparáveis, impedindo qualquer pretensão à neutralidade ou mesmo suposição de um sujeito ou objeto cognoscentes prévios à relação que os liga. Lançados num plano implicacional, os termos da relação de produção de conhecimento, mais do que articulados, aí se constituem (PASSOS; BARROS, 2014, p. 30).

A intenção de pesquisar o processo de implantação do Nasf a partir da minha experiência como membro do grupo condutor, e nesse percurso ir trilhando “o caminho de constituição” do objeto, enquanto constituo o próprio percurso – e a mim mesma (PASSOS; BARROS, 2014, p. 31) me provou que eu mesma me constitui outra, pois alguns questionamentos que hoje me são possíveis, talvez não o fossem caso esse mestrado não tivesse contribuído para a minha formação.

Não apenas porque o lugar de onde a trabalhadora-pesquisadora vive sua experiência é privilegiado para a realização da pesquisa, por ser o lugar de engrenagem de onde tentou-se produzir um movimento de cogestão em direção à ponta e aos níveis mais altos da hierarquia da Secretaria Municipal de Saúde. Mas também porque após o desconforto inicial de se ver comparada ao insano Dom Quixote, que embarcava numa aventura na qual apenas ele acreditava (será que só o grupo condutor acreditava?), foi possível perceber que encontramos muitos Sanchos Panças pelo caminho.

O grupo condutor do Nasf se constituiu por pessoas que acreditam em outro modo de produção de práticas de cuidado e de gestão e que acreditavam no Nasf como dispositivo capaz de produzir práticas contra hegemônicas em direção a um fazer cogestivo.

“O desejo é essencialmente produtivo, revolucionário, inventivo. Apenas se deve criar condições para que ele possa animar dispositivos e máquinas revolucionárias capazes de realizá-lo. (...) Para o institucionalismo o desejo realiza-se sempre, apenas é preciso produzir condições históricas em que ele possa realizar-se produtivamente. Isso inclui engendrar modos de subjetivação que co-protagonizem este processo” (BAREMBLITT, 1996, p.55).

Não foi à toa que o processo de implantação do Nasf em Vitória - ES exigiu dos profissionais do nível central nele envolvidos coragem, inventividade e investimento. Estamos à mercê, mas não podemos ficar. Ora protagonistas, ora protagonizados, ele nos convocou, a estarmos junto com os profissionais da atenção básica em busca de criar condições que pudessem fazer o Nasf surgir e operar como dispositivo que ampliasse o cuidado na atenção básica, tornando-o mais resolutivo e integral.

O SUS, contra hegemônico por natureza, parece ir se consolidando na medida em que práticas clínicas, de formação e de gestão, como são possíveis especialmente através de arranjos como o Nasf, e o próprio grupo condutor (que nesse processo fez uma certa função de apoio do apoio), tão contra hegemônicas quanto, vão se arranjando.

Dessa forma, nesse meu encontro com outros profissionais defensores e, portanto, construtores do SUS, constituímos um grupo que almeja fomentar mutuamente em cada um de seus membros e naqueles com quem encontra, potência para produzir um trabalho em saúde mais solidário, mais inventivo e mais integral,

uma vez que o trabalho em saúde que acreditamos pressupõe a transversalização e articulação das práticas⁴⁸ de gestão e cuidado. Partimos nessa aventura como “cavaleiros andantes que pretendem pôr em questão o instituído para darem a si próprios uma função instituinte”, diria Lourau (2014, p. 56).

⁴⁸ Práticas são entendidas nesse texto como “ações, seleções, escolhas, linguagens, contextos, enfim, uma variedade de produções sociais das quais são expressão” (SPINK et al., 2000, p.38).

Referências bibliográficas

ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY. **O pequeno príncipe**. Editora Agir. São Paulo, 2000.

BARROS, Leticia Maria Renault; BARROS, Maria Elizabeth Barros. O Problema da análise em pesquisa cartográfica. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; TEDESCO, Silvia. **Pistas do método da cartografia**: a experiência da pesquisa e o plano comum. Editora Sulina. Porto Alegre, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica n. 27**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS**: avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006b.

BRASIL. **Portaria n. 154**, de 24 de janeiro de 2008.

BRASIL. **Portaria n. 3.124**, de 28 de dezembro de 2012.

BRASIL. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica n. 39**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2014.

LATOUR, Bruno. **Reagregando o social**: uma introdução à Teoria do Ator-Rede. Salvador: Edufba, 2012.

CAMARGO, Marisa. Modelo de atenção e exercício profissional do assistente social na atenção básica. **Sociedade em Debate**. Pelotas, n. 17(2), p. 167-192, jul-dez, 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. Editora Hucitec: São Paulo, 1992.

CAMPOS, Gastão Wagner S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde, p. 229-266. In: MERHY Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. Editora Hucitec, São Paulo, 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e saúde coletiva**, vol., n.2. Rio de Janeiro, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5(2), p. 219-230, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner S.; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23(2), p. 399-407, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde: combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 15, núm. 5, pp. 2337-2344, 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CUNHA, Gustavo Tenório; FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. **Práxis e formação paideia: apoio e cogestão em saúde**. Editora Hucitec. São Paulo, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface: comunicação, saúde, educação**. v. 18, supl. 1, p. 983-95, 2014.

CARVALHO, Sérgio Resende; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 16(2), p. 507-515, abr-jun, 2000.

CARRASCO, Walcyr. **Dom Quixote**. Tradução e adaptação da obra de Miguel de Cervantes. 2ª. Ed. Editora Moderna. São Paulo, 2012.

CARTA DE OTTAWA. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá; 1986 [acesso em 19 de março de 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf> Acesso em: 20 de maio de 2016.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Organizadora). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CONTEÚDO aberto. In: **Wikipédia: a enciclopédia livre**. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Templo_Expiatório_da_Sagrada_Família> Acesso em: 06 de maio de 2016.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2004. 201f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. **O anti-édipo**. Tradução de Luis B. L. Orlandi. São Paulo, ed. 34, 2010.

DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.; BRITO, M.; PIMENTA, A. L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n.1, p. 63-74, 2009.

FAVORETO, Cesar Augusto Orazem. A construção e avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas e de saberes e práticas. In: **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Editora Cepesc-Abrasco, Rio de Janeiro, 2006.

FLEURY, Sônia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**. n.14, v. 3, p. 743-752, 2009.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. Editora Martins Fontes, São Paulo, 2000.

FRANCO, Tulio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (Orgs.). **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj-Lappis, 2006. p. 459-474.

FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. Trabalho em saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009.

FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Editora Hucitec. São Paulo, 2013.

FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Editora Hucitec. São Paulo, 2013.

GADELHA, Sylvio. **Biopolítica, governamentalidade e educação**. Editora Autêntica. Belo Horizonte, 2009.

IGLESIAS, Alexandra. **O matriciamento em saúde mental sob vários olhares**. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2015.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. Editora Hucitec. São Paulo, 2012.

LIMA, Elizabeth Maria F. de Araújo. Desejando a diferença: considerações acerca das relações entre os terapeutas ocupacionais e as populações tradicionalmente atendidas por estes profissionais. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 14, n. 2, p. 64-71, maio/ago. 2003.

LIMA, Elizabeth Maria F. de Araújo; OKUMA, Danielle Guimarães; PASTORE, Mariana di Napoli. Atividade, ação, fazer e ocupação: a discussão dos termos na Terapia Ocupacional brasileira. **Caderno de Terapia Ocupacional da UFSCAR**, v. 21, n. 2, p. 243-254, 2013.

LIMA, Elizabeth Maria F. de Araújo; YASUI, Silvio. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n.102, p. 593-606, jul-set 2014.

LISPECTOR, C. Água viva. Ed. Rocco. Rio de Janeiro, 1998.

LOURAU, RENÉ. **A análise institucional**. Editora Vozes. Petrópolis, 2014.

MADUREIRA, Renata Maria Sales; BISSOLI, Sandra Maria. **Apoio Matricial em Saúde do Idoso**: a experiência do Município de Vitória – ES. In: PINHEIRO, Roseni; LOPES, Tatiana Coelho; SILVA, Fabio Hebert da; JUNIOR, Aluísio Gomes da Silva (orgs). **Experienci(ações) e práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa**. Rio de Janeiro: EPESC/ABRASCO, 2014, p. 135 -147.

MALUFE, Annita Costa. Aquém ou além das metáforas: a escrita poética na filosofia de Deleuze. **Revista Letras**. São Paulo, v. 52, n.2, p. 185-204, 2012.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção à saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, ROSENI; MATTOS, RUBEN ARAUJO DE. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Editora Cepesc/IMS-UERJ/Abrasco. 8ª. edição. Rio de Janeiro, 2009.

MERHY, Emerson Elias. Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. IN: MERHY et al. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**". Editora Hucitec, São Paulo, 2003a.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em debate**. Ano XXVII, v. 27, n. 65, set-dez, 2003b.

MERHY, Emerson Elias. Engravitando palavras: o caso da integralidade. IN: MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista (org.) **Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde**. Editora Hucitec. São Paulo, 2013.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. Editora Hucitec, 4ª. Ed. São Paulo, 2014.

MOL, Annemarie. **The Logic of Care: health and the problem of patient choice**. Routledge Ed. New York, 2008.

MORAES, M. PesquisarCOM: política ontológica e deficiência visual, p. 27-51. In: Moraes, M.; Kastrup, V. *Exercícios de ver e não ver: arte e pesquisa com pessoas com deficiência visual*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2010.

NOBRE, Júlio César de Almeida; PEDRO, Rosa Maria Leite Ribeiro. Reflexões sobre possibilidades metodológicas da teoria ator-rede. **Revista ator-rede**. Ano 1, v. 01, 2013.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. 2011. 168f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2011.

OLIVEIRA, Mônica Martins de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 229-238, Jan. 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção e vigilância da saúde. 2003, c. 19, p. 567-586. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Rev. Epidemiologia & Saúde**. 6ª. edição. Editora Medsi. Rio de Janeiro, 2003.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Ligia. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Editora Fiocruz, 2008, p. 547-573.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. Complexidade, transdisciplinaridade e produção de subjetividade. In: Tânia Mara Galli Fonseca; Patrícia Gomes Kirst (Org.). **Cartografias e devires: A construção do presente**. Porto Alegre, 2003, v. 1, p. 81-89.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo. KASTRUP, Virgínia. ESCÓSSIA, Liliana da. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Ed. Sulina. Porto Alegre, 2014.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo. KASTRUP, Virgínia. ESCÓSSIA, Liliana da. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Ed. Sulina. Porto Alegre, 2014.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. Diário de bordo de uma viagem-intervenção. In: PASSOS, Eduardo. KASTRUP, Virgínia. ESCÓSSIA, Liliana da. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Ed. Sulina. Porto Alegre, 2014.

ROCHA, M. L. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia ciência e profissão**. 2003, 23 (4), 64-73.

RODRIGUES, Léo. **Especialistas investigam relação entre febre amarela e degradação ambiental**. EBC Agência Brasil, 2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-01/especialistas-investigam-relacao-entre-febre-amarela-e-degradacao-ambiental>>

SANTOS, Milton. **O país distorcido**: o Brasil, a globalização e a cidadania. In: RIBEIRO, W.C. (org.). São Paulo: Publifolha, 2002.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **SUS, política pública de Estado**: seu desenvolvimento instituído e instituinte, o direito sanitário, a governabilidade e a busca de saídas. CEBES. Versão digital, 2012.

SCHWARTZ, Yves. Os ingredientes da competência: Um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educ. Soc.** [online]. 1998, vol.19, n.65.

SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis (orgs). **Trabalho e Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Editora UFF. Niterói, 2007.

SOUZA, Luiz Eugenio Portela Fernandes de. **O SUS, hoje**: como preservar as conquistas e vencer os desafios? Trabalho apresentado durante o Simpósio Nacional de Saúde, em Brasília-DF, a 17 de junho de 2015. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/06/Luis_Eugenio_Simposio_Nacional_Saude_JUN2015.pdf>

SPINK, M.J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: Aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2000.

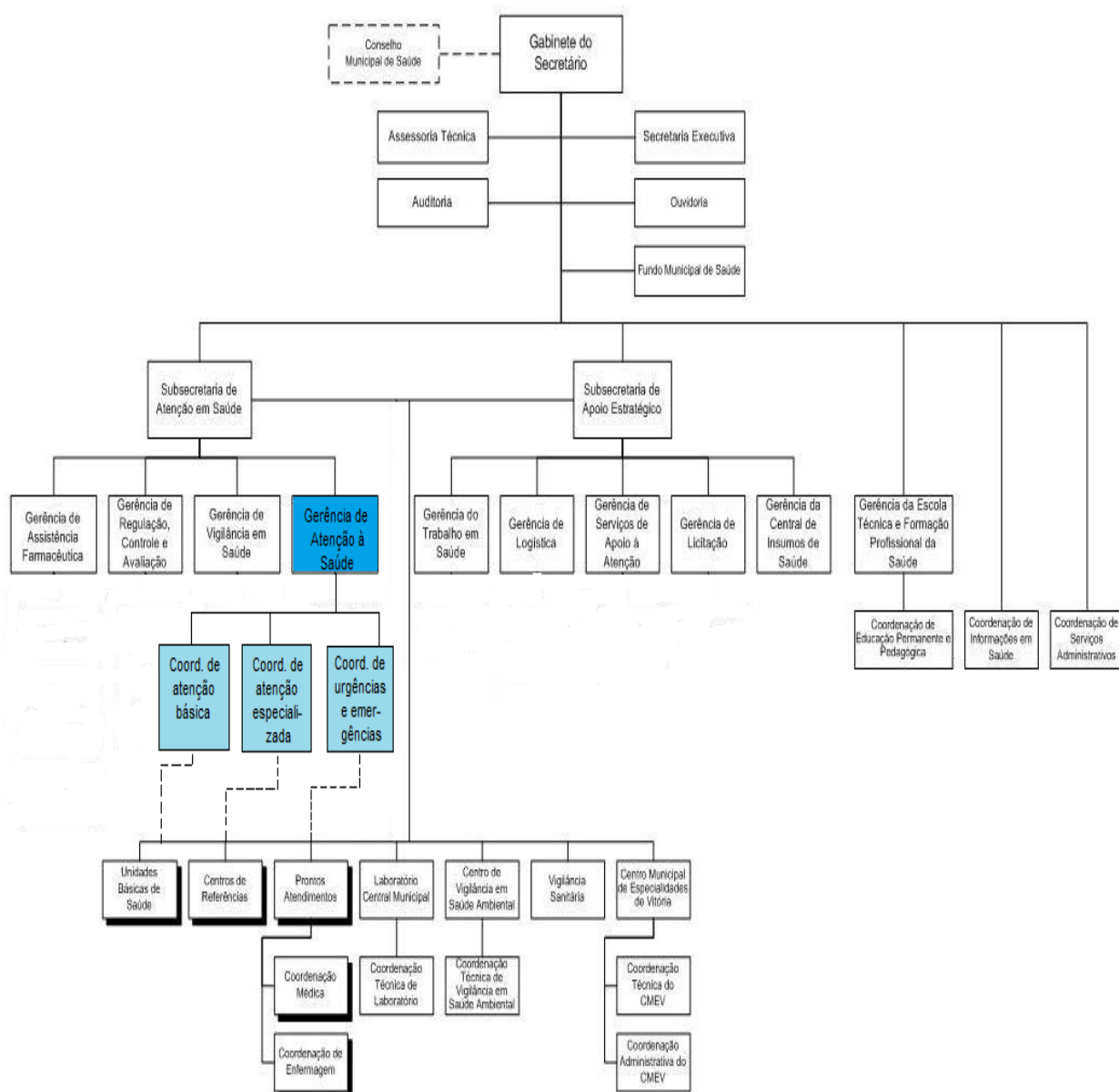
TEIXEIRA, CARMEM FONTES DE SOUZA. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2000, p. 261-281.

TEIXEIRA, CARMEM FONTES DE SOUZA; VILASBOAS, ANA LUIZA QUEIROZ. **Modelos de atenção à saúde no SUS**: transformação, mudança ou conservação? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2, 2013, Belo Horizonte – MG. Disponível em <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/034.pdf>

ANEXO 01

ORGANOGRAMA DA GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

ORGANOGRAMA DA SEMUS COM DESTAQUE PARA A GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE



ANEXO 02

Organização dos encontros de alinhamento conceitual com os apoiadores institucionais elaborado pelo grupo condutor

Objetivos dos encontros

Objetivo geral

Promover o alinhamento conceitual sobre os Núcleos de Apoio a Saúde da Família e suas ferramentas tecnológicas, com foco em Vitória - ES.

Objetivos específicos

Apresentar diretrizes e princípios que norteiam a proposta do NASF com ênfase na organização em Vitória.

Construir no coletivo conceito de Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Apoio Matricial, Promoção da Saúde e Projeto de Saúde no Território.

Discutir as ferramentas tecnológicas para a implantação do NASF em Vitória.

Suscitar debates sobre a perspectiva do funcionamento dos NASF em Vitória.

Identificar os desafios e potencialidades para a implantação do NASF a partir do cenário atual da ESF em Vitória.

Núcleos de Apoio a Saúde da Família e suas ferramentas tecnológicas:

- NASF como apoio das equipes ESF.
- Dimensões do NASF: clínico-assistencial e técnico-pedagógica.
- Clínica Ampliada.
- Projeto Terapêutico Singular (PTS).
- Apoio Matricial.
- Promoção da Saúde e Projeto de Saúde no Território.
- Desafios e potencialidades para a implantação do NASF em Vitória.

ENCONTRO DE ALINHAMENTO CONCEITUAL

Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e suas ferramentas tecnológicas

Data	Tema	Metodologia	Recursos
1º Encontro	Apresentação da proposta do encontro Cenário atual da Atenção Básica/ESF em Vitória: a inserção do NASF. NASF como apoio das equipes.	1º momento: Apresentação da proposta do encontro (cenário atual da SEMUS e em que momento o NASF surge como proposta). 2º momento: Trabalho em grupo (4 grupos): ilustrar o cenário atual da Atenção Básica/ESF em Vitória (organização, processos, relações intersetoriais, resolutividade...). 30' Apresentação das construções. Discussão com a turma: Sistematização das discussões destacando o NASF como apoio das equipes ESF. 40'	Computador Recursos áudio visuais
2º Encontro	Dimensões do NASF: dimensão clínico-assistencial	1º Momento: Retomada do encontro anterior.	Flip chart Papel para flip chart

	<p>e técnico-pedagógica. 1h10</p> <p>Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular e Apoio Matricial 2h20</p> <p>Avaliação</p>	<p>Aula expositiva dialogada (divisão do quadro em duas partes (dimensão clínico-assistencial e técnico-pedagógica) e discussão com a turma levantando que ações se inserem nas dimensões postas, que ações estão para as duas dimensões, como as dimensões se relacionam.</p> <p>2º Momento: Círculo da Cultura: Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular e Apoio Matricial (até apresentação dos conceitos construídos no grupo). 30'.</p> <p>Leitura circular de texto abordando os conceitos.</p> <p>Revisão com a turma dos conceitos construídos no grupo e construção dos conceitos no coletivo (considerando a construção inicial e os conceitos identificados no texto).</p> <p>3º Momento: Avaliação oral - com uma palavra, o que significou este encontro...</p>	Pincéis
3º Encontro	<p>Promoção da Saúde</p> <p>Organização do NASF em Vitória.</p> <p>Desafios e potencialidades para implantação do NASF.</p>	<p>1º Momento: Apresentação dialogada – convidado</p> <p>2º Momento: Apresentação dialogada</p> <p>3º Momento: Retomada do produto da atividade 1 do 1º encontro (representação da AB/ESF em Vitória). Identificação das potencialidades do apoiador institucional para implantação do Nasf no cenário da AB/ESF representado no 1º encontro.</p> <p>4º Momento: Apresentação do vídeo Aquarela (reflexão: não podemos perder de vista os desenhos que deram certo, os rabiscos e linhas que formam o cenário que temos hoje, mas precisamos a partir deles fazer novos desenhos, dar um novo tom de tempos em tempos a nossas práticas).</p>	

ANEXO 03

CÍRCULO DA CULTURA: PRODUÇÃO DOS GRUPOS APOIADORES INSTITUCIONAIS

ENCONTRO DE ALINHAMENTO CONCEITUAL – NASF – 20/04/2014

CONCEITOS TRABALHADOS NOS PEQUENOS GRUPOS

CLINICA AMPLIADA	APOIO MATRICIAL	PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR
GRUPO 1	GRUPO 1	GRUPO 1
É o atendimento do sujeito em vários aspectos, não focando apenas a “doença”. Na Integralidade Na interdisciplinaridade	É o profissional que disponibiliza seu conhecimento dentro do seu núcleo de saber para outros profissionais, facilitando o atendimento ao usuário de forma ampliada e/ou dentro de um PTS	Projeto construído para um determinado “sujeito” ou “problema” (singular) por profissionais com saberes diferentes buscando o atendimento de forma ampliada.
GRUPO 2	GRUPO 2	GRUPO 2
Outras formas de abordar os usuários com outras práticas ampliadas de atendimento/olhar/multiprofissional/Intersetorial.	Compartilhar e multiplicar saberes relacionados a “expertises” para atuar de forma integrada. É fazer junto para qualificar a atenção.	Elaborar estratégias de cuidado em saúde levando em consideração as dimensões objetivas e subjetivas da pessoa. Realizado pela equipe de forma compartilhada e coletiva com todos que acompanham o caso.
GRUPO 3	GRUPO 3	GRUPO 3
Visão ampliada do processo saúde doença com vistas a integralidade do cuidado.	Apoio às equipes de Saúde da Família com profissionais do núcleo de saberes especializados para discussão de casos, compartilhamento de saberes para auxílio nas questões assistenciais e técnico-pedagógicas.	Nas situações de saúde mais complexas, com mais riscos e que extrapolam a “rotina” do processo de trabalho. Em equipe multiprofissional discutir, analisar e construir projeto com potência de intervenção singular a esses casos.

CONCEITOS CONSTRUÍDOS NO GRANDE GRUPO

CLINICA AMPLIADA	APOIO MATRICIAL	PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR
Visão ampliada do processo saúde doença que produz, através da atuação interdisciplinar, outras formas de abordar os usuários, produzindo práticas ampliadas de olhar/atender/produzir	Apoio às equipes de Saúde da Família (equipe de referência) com profissionais do núcleo de saberes especializados para discussão de casos, compartilhamento de saberes	Estratégia de cuidado em saúde, construída e pactuada com o usuário, a família e a equipe, considerando as dimensões objetivas e subjetivas da pessoa, o que o torna, portanto, singular.

saúde, estendendo o cuidado para outros dispositivos do território (intersectorialidade), com vistas à integralidade do cuidado.	para auxílio nas questões assistenciais e técnico-pedagógicas favorecendo o atendimento ao usuário de forma ampliada e a produção de autonomia da equipe de referência. Através do apoio matricial busca-se superar a lógica da referência e da contra referência.	Destina-se às situações de saúde mais complexas, com mais riscos e que extrapolam a “rotina”, as quais exigem um diagnóstico ampliado. Realizado pela equipe de forma interdisciplinar, processual e compartilhada com todos que acompanham o caso.
--	--	---